Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIES EN FRANCE,

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
BIBLIOTHEQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
JOURNAL DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MEDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THERAPEUTIQUE MEDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

SUIVIS

DU BULLETIN MÉDICAL BELGE,

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU DOCTEUR J.-R. MARINUS.

TOME TRENTE-TROISIÈME.

MAI 1835. — 4e LIVRAISON DE LA 3e ANNÉE.

Bruxelles,

ETABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, No 33.

1835.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

AVRIL 1835.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

—

Sur les effets du seigle ergoté.

Malgré les expériences négatives faites à l'hospice de la Maternité par madame Lachapelle, malgré l'opinion peu favorable de quelques accoucheurs sur les effets du seigle ergoté employé comme propre à hâter l'accouchement, cette précieuse substance est à notre avis une de celles dont on peut le mieux calculer les effets et dont les propriétés spéciales sont le mieux prouvées.

Le seigle ergoté est sans action, ont dit plusieurs médecins ; c'est une substance nuisible, disent les autres, et sa fâcheuse influence ne s'exerce pas seulement sur la mère, mais encore sur l'enfant qui, dans la plupart des cas, paye de la vie la préférence accordée par l'accoucheur à ce moyen sur l'emploi du forceps dont l'action est toute puissante et toujours sans danger.

Non, le seigle ergoté n'est pas sans action sur l'utérus, et cela est tellement démontré aujourd'hui, et par des faits multipliés et authentiques, que ce serait presque une puérilité que de vouloir chercher à le prouver.

Non, le seigle ergoté ne peut pas être considéré comme cause directe de la mort du fœtus, pas plus que le forceps bien appliqué ne l'est ordinairement quand l'enfant qu'il vient d'extraire arrive privé de la vie. Dans la plupart des cas, c'est aux délais apportés dans l'emploi du moyen, qu'il faut attribuer la mort de l'enfant et non au moyen lui-même. C'est à l'expectation seule, quand elle est trop prolongée, qu'il faut s'en prendre. Combien, en effet, à la suite d'un travail très-lent chez les femmes primipares, ne voit-on pas de fœtus bien conformés, venir au monde en syncope ou apoplectiques, bien que ni le seigle ergoté ni le forceps n'aient été mis en usage ; bien plus, les accidens seraient beaucoup moins fréquens si les sages-femmes et quelques accoucheurs, mieux instruits des bons effets et de l'innocuité du seigle ergoté, ou plus habiles dans l'emploi du forceps, n'attendaient pas si longtemps avant de faire usage de l'un ou de l'autre de ces moyens.

Toutefois nous ne prétendons pas que jamais le seigle ergoté n'ait déterminé directement des accidens fâcheux ; ce serait dire que jamais avec le forceps on n'a déchiré de périnées, rompu de matrices ni brisé de têtes de fœtus ; mais excepté dans des cas tout-à-fait exceptionnels, et par conséquent sans valeur contre les règles admises, ce n'est pas le seigle ergoté qu'il faut accuser des accidens qui suivent son emploi, mais la main qui l'a donné.

Bornez son administration aux cas très-communs dans lesquels la lenteur ou l'impossibilité de l'accouchement ne tient qu'au défaut de contractions de la matrice et non à quelque obstacle mécanique provenant du bassin ou de la tête, ou à des complications fâcheuses du côté de la mère, et toujours (autant qu'on peut se servir de cette expression en thérapeutique), vous réussirez, à la condition, bien entendu, que le médicament sera de bonne qualité.

On a cité des faits qui constatent les mauvais effets qui peuvent résulter de l'emploi de l'ergot dans les accouchemens ; mais ces faits sont bien peu nombreux, comparativement à ceux qui leur sont opposés, et parmi eux on en rencontre plus d'un qui ne supporteraient pas un examen un peu attentif sans perdre la plus grande partie de leur intérêt. Nous allons en citer un aussi qu'un de nos abonnés, M. Justes, du département de l'Yonne, a bien voulu nous communiquer ; mais ce fait, tout intéressant qu'il puisse être par la nature et la gravité des accidens qui y sont décrits, est loin d'avoir toute l'importance dont il était susceptible pour résoudre la question qui nous occupe en ce moment.

Note sur l'usage intempestif et immodéré de l'ergot ; par M. Justes, doct. médec. à Villeneuve-l'Archevêque.

Dans le mois de mars dernier, une sage-femme administra trois doses ordinaires d'ergot à une femme en couche dans l'espace de deux heures, dans le but d'accélérer l'accouchement. Peu de temps après l'ingestion du médicament, la femme fut atteinte d'amaurose ; cette circonstance me fit appeler. Je remarquai : turgescence des vaisseaux sanguins de la conjonctive et de la sclérotique, dilatation et raideur considérable de la pu-

pille, tremblement dans les membres, et par intervalle convulsions et spasmes des muscles du dos.

Je parvins à rendre la vue à la malade par des saignées répétées et des bains. Mais la matrice était tellement collée et contractée sur l'enfant, qu'on aurait dit au toucher qu'elle contenait un boulet de 24. Craignant que les convulsions ne fissent périr la mère et l'enfant, je résolus de faire l'extraction de ce dernier. L'application du forceps était impossible; et même après avoir vidé le crâne, je rencontrai une grande difficulté pour extraire le corps du fœtus. Après la sortie de celui-ci, la matrice se partagea en deux chambres, et la cloison, qui les divisait ressemblait à un sphincter fortement contracté, ce qui me mit dans l'impossibilité d'extraire le placenta, et malgré les bains, les cataplasmes et les injections émollientes, la malade mourut huit jours après.

Négligeant toutes les considérations qui pourraient se rattacher à ce fait, sous le rapport de la lésion cérébrale et des accidens qui en dépendent, et de la contraction partielle, permanente et convulsive de l'utérus après l'accouchement, nous remarquerons seulement, pour ce qui concerne l'action du seigle ergoté, combien il serait difficile de prouver que le seigle ergoté fût la cause des accidens graves auxquels M. Justes a cherché à remédier; et, en supposant qu'il y ait eu quelque part, ce serait la faute de la personne qui l'a administré. Une saignée aurait prévenu ces accidens; elle eût au moins été plus utile et plus indiquée que l'ergot dont l'emploi dans des cas semblables de congestion cérébrale évidente n'est conseillé par personne. Il est fâcheux que M. Justes n'ait pas vu la femme avant l'administration du médicament, et qu'il n'ait pu fournir plus de détails sur ce point, ni donner des renseignemens sur l'état des organes après la mort; son observation eût présenté un bien grand intérêt, tandis que telle qu'elle est, elle laisse trop à désirer pour servir à autre chose qu'à de simples renseignemens, qui n'auront de valeur que joints à beaucoup d'autres analogues, mais plus complets.

Ce que nous disions plus haut des avantages du seigle ergoté dans le travail de l'accouchement peut s'appliquer aux pertes utérines qui suivent l'accouchement, et de celles qui accompagnent ou précèdent l'avortement; les succès obtenus dans ces cas par l'emploi du seigle ergoté, et qui se multiplient chaque jour, doivent engager les praticiens à en faire usage plus communément. Parmi ces succès en voici un dont un de nos abonnés, médecin recommandable, vient de nous donner connaissance, et qui servira à donner en ce moyen la confiance que nous lui accordons personnellement, d'après des faits que nous publierons plus tard.

Action du seigle ergoté dans un cas de métrorrhagie survenue pendant un avortement; par M. Roulot, docteur médecin à Valogne.

Le 2 mars 1835, la femme Major, enceinte pour la quatrième fois d'environ trois mois, et n'ayant eu qu'un accouchement à terme, entreprit, par un temps pluvieux et froid, un voyage de six lieues. A son retour elle fut très-fatiguée, et pendant huit jours elle perdit l'appétit; elle éprouva un malaise général assez prononcé; les seins se gonflèrent. Le huitième jour au soir, elle sentit s'écouler par le vagin une certaine quantité d'eau, ce qui lui fit présumer un avortement prochain: la nuit se passa tranquillement, et seulement au matin du neuvième jour, des douleurs, d'abord assez faibles, mais plus fortes le soir, se prononcèrent et furent accompagnées d'un écoulement de sang assez considérable. Cette femme, qui avait éprouvé déjà deux avortemens, et qui s'était vue à peu près dans cet état, ne réclama nos soins que le dixième jour. Lorsque nous fûmes appelé, nous la trouvâmes assez souffrante; les douleurs, faibles depuis le matin, devinrent plus fortes dans l'après-midi; le sang coulait avec plus d'abondance; les douleurs augmentaient d'intensité, et vers quatre heures l'hémorrhagie marchait toujours. Nous touchâmes la malade, et le museau de tanche nous apparut saillant et pyriforme, la chaleur était très-prononcée dans cet endroit, et l'ouverture de la matrice pouvait à peine contenir l'extrémité du doigt. De gros caillots de sang s'écoulèrent par le vagin, nous crûmes reconnaître la présence, au-dehors de la matrice, du cordon ombilical; le pouls était faible; quelques sueurs froides survinrent; nous prescrivîmes tout simplement une limonade froide, la malade fut seulement couverte d'un drap, et le plus grand silence observé.

Nous fûmes appelé de nouveau le soir; la patiente depuis près d'une heure était en syncope, les douleurs avaient cessé, les extrémités étaient froides, la face d'une pâleur extrême et l'écoulement de sang toujours très-abondant; le pouls était insensible, la mort nous semblait prochaine. Nous employâmes les manluves, les sinapismes aux pieds, les aspersions d'eau froide, et les frictions avec le vinaigre, en attendant qu'une potion avec trente grains de seigle ergoté infusé dans six onces d'eau bouillante nous fût apportée. A l'aide de ces moyens, nous parvînmes à ranimer la malade. Nous administrâmes aussitôt trois cuillerées de la potion obstétricale. A peine un quart d'heure était écoulé, que de nouvelles douleurs survinrent; trois nouvelles cuillerées furent administrées, les douleurs augmentèrent encore; nous enjoignîmes de faire prendre le reste de la potion de dix minutes en dix minutes. La moitié de cette potion était à peine prise, que l'écoulement de sang avait presque entièrement cessé; la limonade rejetté jusqu'alors passa très-bien, et la nuit fut tranquille. Une compresse à demi introduite dans le vagin fut à peine imprégnée d'un sang séreux. Le onzième jour, une sérosité à peine sanguinolente coulait toujours, et, dans la nuit du treizième jour, la malade qui, depuis que le sang avait cessé de couler, se trouvait fort bien, ressentit une douleur simulant à peine un besoin d'aller à la garde-robe, et rendit une masse de la grosseur d'un œuf, dans laquelle nous reconnûmes un placenta. Pendant l'écoulement considérable de sang qui avait eu lieu, l'embryon avait dû nécessairement sortir de la matrice.

Depuis cet instant, la femme a éprouvé un peu de fièvre jusqu'au quatrième jour. Alors le désir des alimens est revenu ; nous avons accordé d'abord de légers bouillons; puis un régime plus substantiel, en rapport avec le mieux que nous avons remarqué chaque jour, a été prescrit ; les forces n'ont point tardé à revenir, et la malade a repris promptement ses occupations ordinaires.

L'effet du seigle ergoté comme arrêtant l'hémorrhagie utérine, ne peut être mis en doute dans cette circonstance ; dans trois autres cas, où les douleurs de l'accouchement naturel se sont trouvées entravées par une inertie de matrice, nous avons administré ce médicament à la dose de trente grains en potion, et nous avons obtenu des effets qui ne se sont pas démentis ; en voici un entre autres.

Le 19 mars dernier, la femme Leterrier, âgée de 38 ans, enceinte pour la première fois, éprouvant depuis vingt-quatre heures les douleurs de l'enfantement sans aucun résultat, les parois de la matrice amincies et son col dilaté, à pris, d'après notre conseil, la potion prescrite ci-dessus. Un quart d'heure à peine écoulé, la malade a éprouvé de fortes douleurs qui n'ont cessé qu'après l'accouchement, survenu au bout d'une heure et demie. La moitié de la potion seulement a été prise.

Nous devons conclure de ces observations, en les rapprochant de celles citées par nombre d'accoucheurs, que l'application du forceps pourrait être évitée par beaucoup de praticiens, si l'emploi du seigle ergoté était plus usité, et si nous autres médecins de province, ne nous trouvions pas dans l'impossibilité de le faire, empêchés souvent par la distance des lieux ou par la répugnance insurmontable des malades, répugnance qu'on rencontre quelquefois et qu'on ne saurait expliquer.

Des hôpitaux de Londres par Ch. Martins, D. M. P.

Londres est situé sous le 51e degré de latitude septentrionale ; la ville est partagée en deux parties par la Tamise. Le total de sa population s'élève à 1,500,000 âmes; sa température vraie entre — 5 et + 20 R, et elle est habituellement d'un degré et demi plus élevée que celle des environs. Ce résultat n'a rien d'étonnant, si l'on songe à l'abri que les maisons offrent contre le vent et à l'immense quantité de foyers de chaleur qui remplissent les habitations particulières et les fabriques. Une atmosphère épaisse de charbon de terre couvre la ville comme un voile funèbre, et, même dans les plus beaux jours de l'été, l'habitant de la cité ne jouit jamais de la vue d'un ciel pur. Cette teinte sombre d'un ciel si bas qui semble toucher la terre, jointe à l'uniformité de la ville, remplit l'âme du nouveau venu d'une tristesse profonde. Ses poumons se dilatent avec peine pour recevoir cet air chargé de particules charbonneuses, et il lui semble qu'il vient d'être transporté dans le vide d'une vaste cloche pneumatique. Un abattement extrême, une fatigue inaccoutumée s'emparent de lui, et c'est à peine si les merveilles de l'industrie et l'aspect grandiose de cet entrepôt commercial du monde peuvent réveiller son attention et exciter sa curiosité. Heureusement cet état est de courte durée, et l'usage modéré des excitans en général et du thé en particulier viennent se joindre à l'influence toute puissante de l'habitude pour détruire ces fâcheuses impressions.

Dans une ville qui est à la fois un vaste port de mer, où les navires, alignés les uns à côté des autres, forment de longues files qui s'étendent à perte de vue sur la Tamise; où d'immenses bassins, sous le nom de *docks*, reçoivent les vaisseaux qui arrivent des deux Indes; dans une ville où il existe de nombreuses fabriques établies sur de gigantesques dimensions, le besoin des hôpitaux se fait sentir plus vivement que dant toute autre capitale; et cependant le gouvernement n'a rien fait, rien prévu; il n'existe pas d'administration centrale des hôpitaux et hospices de la ville de Londres ; car, en Angleterre, le gouvernement ne se mêle que de gouverner, et les Anglais n'aiment pas ces administrations centrales, lourdes et pesantes machines dont l'extrême complication entrave constamment le jeu. Ils rejettent cette centralisation dont nous sommes engoués, et pensent qu'un agent éclairé habitant l'hôpital qu'il dirige saura toujours mieux ce qui convient à l'établissement qu'un administrateur affairé qui, dans un seul jour, peut à peine visiter tous ceux dont il est chargé. Chaque hôpital doit sa naissance à des fondations particulières, et quelques uns, tels que celui de Saint-Georges, sont soutenus par des souscriptions annuelles. Les legs sont souvent très-considérables. Ainsi, dernièrement, un particulier donna par testament à l'hôpital de Guy la somme de 4,800,000 francs. Les salles ont des noms particuliers comme en France, et le service est fait par des infirmières et des surveillantes auxquelles on donne le nom de sœurs (*sisters*), quoiqu'elles n'appartiennent à aucun ordre religieux. Les lits sont en fer, plus bas et plus étroits qu'en France; ils se composent d'une paillasse et d'un matelas rembourré avec une plante marine, le *zostera marina*. Ce coucher est aussi doux, plus frais et infiniment moins coûteux que la laine. Les rideaux n'entourent que la partie supérieure du lit ; de cette manière l'air circule librement, et cependant la tête du malade est garantie. Les plus grands hôpitaux renferment de quatre à cinq cents lits, les plus petits de cent à deux cents.

Presque tous les hôpitaux de Londres, dont le nombre s'élève à vingt environ, sont des hôpitaux d'instruction pourvus d'un musée anatomique, d'une salle de dissection, d'un amphithéâtre, et quelquefois d'une bibliothèque et d'une collection zoologique. Nous allons les passer successivement en revue, en nous aidant de nos souvenirs et des observations de deux voyageurs allemands, MM. Walther et Stucko.

Hôpital de Guy (*Guy's Hospital*). Guy était un libraire qui, à l'âge de soixante-seize ans, fonda cette maison en 1721, et eut la satisfaction de la voir achevée presque entièrement. La construction de l'édifice

lui coûta 441,000 fr., et par testament il lui légua la somme énorme de 5,267,976 francs.

Cet hôpital est situé sur la rive droite de la Tamise, près des quartiers les plus populeux et dans lesquels se trouvent un grand nombre de fabriques. Une vaste cour lui sert d'entrée ; le corps de bâtiment qui fait face à l'entrée est occupé par les malades, divisés en treize salles contenant en tout quatre cents lits. Les ailes du bâtiment renferment à droite l'église, à gauche la demeure des employés et un salon de réunion pour les médecins et les administrateurs. Rien ne manque dans cet hôpital : on y trouve une bibliothèque de livres de médecine, un musée anatomique, une collection d'anatomie comparée, des salles de dissection et des amphithéâtres ; un dessinateur et un modeleur en cire sont attachés à l'établissement. Aussi M. Addisson, médecin adjoint et élève de Batemann, put-il me faire voir un grand nombre de dessins exécutés sous ses yeux. Quelque parfaits qu'ils fussent, ils laissaient beaucoup à désirer ; mais rien ne peut égaler la perfection des maladies de la peau, modelées en cire : c'est la nature elle-même, et il est incontestable que c'est le seul moyen de reproduire ces maladies de manière à fixer la synonymie et éclairer les élèves. C'est dans cet hôpital qu'Astley Cooper professa et pratiqua la chirurgie pendant près de quarante ans ; il en est encore le chirurgien consultant. Les médecins sont MM. Cholmeley, Bright, W. Back et Adisson ; les chirurgiens MM. Key, Morgan et Bransby-Cooper.

L'hôpital de Saint-Thomas (*Saint-Thomas Hospital*) est tout près de celui de Guy, aussi Astley Cooper avait-il réuni les deux établissemens pour en faire une seule et même école. Depuis ils se sont séparés de nouveau et forment deux écoles distinctes et rivales, sans que l'esprit de confraternité qui unissait les professeurs en ait souffert le moins du monde et sans qu'ils aient cessé de s'appeler réciproquement en consultation, comme auparavant. L'hôpital de Saint-Thomas fut fondé en 1213 par le prieur de Bermondsey. En 1553, Edouard VI l'agrandit et y fit placer 200 lits. Depuis il a encore subi de nombreuses améliorations. Cet hôpital renferme dix-huit salles avec quatre cent quatre-vingt-cinq lits. Dans une des années précédentes, on y reçut onze mille quatre cent cinquante-un malades, dont dix mille cinq cent douze guérirent et deux cent douze moururent. Les médecins sont R. Williams, Elliotson et Roots ; les chirurgiens B. Travers, G. Green et F. Tyrrel. Le premier, B. Travers, est connu par les travaux qui lui sont communs avec Astley Cooper ; c'est un homme avancé en âge, mais dont l'intelligence est entière et la main sûre. M. Green, peu connu en France, a en Angleterre la réputation d'un excellent chirurgien. Je lui ai vu lier l'artère carotide à deux pouces au-dessus de la clavicule, avec une grande habileté ; il fit au devant du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien une incision presque semi-lunaire, dont la concavité était tournée en dedans ; il arriva promptement sur le vaisseau et le lia ; et tout cela se fit avec un calme, une tranquillité, une absence de tout étalage vraiment extraordinaires. C'est à peine si quelques paroles furent prononcées à voix basse par les aides et l'opérateur, qui attendait tranquillement lorsque l'instrument qu'il demandait n'était pas prêt. Le malade n'articula pas une plainte, l'opérateur n'eut pas un mouvement d'impatience, et l'opération n'en fut que plus prompte. Le pansement consista en deux bandelettes de sparadrap et un petit linge imbibé d'eau froide ; M. Green est peut-être le seul chirurgien qui se serve encore du goyent tranchant de *Cline*. Le succès justifie cette pratique, et très-peu de malades succombent après l'opération. Le musée de l'hôpital Saint-Thomas est plus riche que celui de Guy, parce que, dans le principe, il recevait toutes les pièces intéressantes qui provenaient des deux établissemens. Une chose surtout mériterait d'être imitée : c'est l'usage des chirurgiens de déposer dans des galeries publiques les pièces qui servent de base à leurs mémoires. Ainsi une longue suite de préparations, faites par M. B. Travers, établit la vérité de ses assertions sur les effets de la ligature des artères et des veines.

Hôpital de Saint-Barthélemy.

Il est dans la cité, près de la prison de Newgate. Fondé en 1102 et restauré en 1729, il contient dix-huit salles et quatre cents lits. Les médecins sont les docteurs Latham, Roberts et Hue ; les chirurgiens Lawrence, Vincent et Earle. M. Lawrence est un des savans les plus connus d'Angleterre par sa *Physiologie de l'homme*, son *Traité des hernies et des maladies des yeux*. Il existe aussi dans cet hôpital une salle consacrée aux maladies syphilitiques, où l'on observe les accidens les plus formidables sur des matelots qui reviennent infectés du Nouveau Monde et transmettent la contagion, qui paraît être plus redoutable à Londres qu'ailleurs. Cela s'explique facilement en ce que la police ne se mêle en rien de cette question de salubrité publique.

On fait des cours publics dans cet hôpital ; ils sont moins suivis que ceux de Guy et de Saint-Thomas.

Hôpital de Londres.

Placé dans le voisinage des docks et des populations industrielles qui composent l'ouest de la ville, cet hôpital est un de ceux dont les dispositions intérieures excitent le plus l'admiration de l'étranger. C'est aussi celui de tous où l'on observe le plus d'accidens. Leur nombre s'élève, en moyenne, à trente par semaine. Les médecins sont MM. Trampton, Billing et Gordon ; les chirurgiens sir William Blizard, MM. Headington, Andrews, Scott et Armiger. Les salles sont grandes et bien éclairées, et tout l'hôpital est chauffé par des tuyaux de chaleur qui en été servent à établir une ventilation d'air frais. Les élèves qui suivent les cours sont de garde alternativement pendant huit jours avec le chirurgien sédentaire, afin de pouvoir profiter pour leur instruction des nombreux accidens qui arrivent tous les jours.

Le *Middlesex Hospital* est déjà un établissement du second ordre. Les médecins sont MM. Mac Michael, Francis Hawkins et Th. Watson ; les chirurgiens MM. Jolerns, Charles Bell et Herbert Mayo.

Hôpital de Westminster.

Il n'a rien de remarquable, et les étrangers ne le visiteraient pas s'ils n'étaient attirés par la célébrité du chirurgien qui le dirige : je veux parler de M. Guthrie. On se rappelle aussi que c'est dans l'amphithéâtre de cette maison que Cheselden pratiqua tant de fois et avec tant de succès l'opération de la taille.

L'hôpital Saint-Georges est situé près de Hyde-Park, en face de la maison du duc de Wellington. Sa fondation remonte à l'année 1733, mais il a été depuis peu entièrement reconstruit. C'est un des beaux établissemens de Londres, et on y fait des cours qui sont très-suivis. Le musée anatomique et la collection de matière médicale sont très-riches, eu égard au peu de temps depuis lequel ils existent. On y remarque une série de cas pathologiques qui ont servi de base au travail de M. Brodie sur les maladies des articulations. Les médecins sont MM. F. Chambers, Hewight et Seymour : les chirurgiens MM. Keate, Rose et Brodie ; sir Everard Home est chirurgien consultant. C'est dans cet hôpital que j'ai vu M. Heurteloup opérer très-rapidement un malade au moyen de son brise-pierre à percussion : le calcul fut broyé en quelques instans.

Hôpital des Fiévreux et des Varioleux (*London fever and small pox Hospital*).

Ces deux maisons sont si rapprochées qu'elles n'en forment qu'une. On reçoit dans la première tous les fiévreux, quelle que soit la nature de l'altération qui cause le mouvement fébrile. Les docteurs Twedie et Smith font une médecine très-simple, modérément antiphlogistique. La division des varioleux est toujours pleine, et quoique l'Angleterre soit le berceau de la vaccine, on y a toujours observé beaucoup d'individus atteints de la petite vérole.

Bethlemen et *Saint-Lukes Hospital* sont consacrés au traitement des aliénés. Ce sont de superbes bâtimens, qui ressemblent plutôt à des palais qu'à des hospices. Pas un morceau de bois n'entre dans leur construction. Tout a été prévu pour donner aux malheureux aliénés le plus de bien-être possible ; mais on s'occupe peu de leur guérison, et c'est à peine s'il existe des salles de bain convenables.

L'*hôpital de Chelsea*, situé dans le village du même nom, à l'ouest de la ville, correspond à nos Invalides. Il est le dernier asile des vieux soldats de l'armée de terre. Chaque militaire occupe une petite cellule qu'il orne à sa fantaisie, et dans plusieurs d'entre elles on remarque avec étonnement de petits bustes de Napoléon. M. Sommerville est le médecin en chef.

L'*hôpital des Invalides de la marine* est à Greenwich, à une lieue et demie au-dessous de Londres et sur la Tamise. C'est un magnifique palais, digne de loger les vétérans d'une marine comme celle de l'Angleterre. Du jardin et des fenêtres de leur dernière demeure, ces vieux marins voient tous les jours des vaisseaux descendre majestueusement la Tamise pour se diriger ensuite vers toutes les parties du monde. Devant l'hôpital les orphelins de la marine habitent un ancien vaisseau de ligne amarré au milieu de la rivière, qui leur sert d'école ; et derrière, au pied de la colline que surmonte l'Observatoire royale, est une maison d'éducation pour les filles des vieux marins.

Tels sont les principaux hôpitaux de Londres. Nous passons sous silence les petits établissemens consacrés aux maladies des yeux, aux femmes en couche, tous remarquables par leur propreté. Il existe aussi plusieurs dispensaires, où les malades reçoivent à la fois des conseils et des médicamens.

Si nous cherchons à tracer un parallèle entre les hôpitaux de Londres et ceux de Paris, nous verrons que leurs mérites respectifs se balancent d'une manière si complète qu'il serait difficile d'accorder à ceux de l'une ou de l'autre ville une supériorité décidée. Les hôpitaux d'Angleterre sont plus petits que ceux de France, et je pense que c'est un avantage. Les salles sont aussi moins grandes, moins élevées, et les lits se trouvent plus espacés. Le plancher est lavé, et non ciré comme chez nous : cela est important dans les salles de chirurgie surtout, où les convalescens risquent de glisser avec leurs béquilles sur le verglas des carreaux récemment frottés. Chez nous chaque médecin, chaque chirurgien a une salle à lui ; en Angleterre les maladies internes sont confondues avec les affections chirurgicales, de manière que pour faire sa visite le médecin est obligé de parcourir tout l'hôpital, car il a seulement trois ou quatre malades dans chaque salle. Cela nécessite, de la part du médecin et de ses aides, des déplacemens sans fin. Lorsque j'interrogeai le médecins anglais sur les motifs de cet arrangement, ils me répondirent que, recevant chacun à leur tour les malades lorsqu'ils faisaient la consultation, ils pouvaient de cette manière admettre toujours eux-mêmes les malades de leur service et choisir les cas qui les intéressent le plus, sans dégarnir la moitié d'une salle. Ils ajoutaient que, par suite de ce mélange, les cas intéressans de tout l'hôpital leur passaient sous les yeux. Quoi qu'il en soit de ces motifs, il est certain que chez nous le service médical et chirurgical se fait mieux. Le médecin anglais arrive à onze heures ou midi ; il parcourt les rangs, accompagné souvent d'une infirmière seulement. Les principales prescriptions sont seules inscrites sur une feuille ou une ardoise placée au-dessus du lit du malade : la sœur se rappelle le reste le mieux qu'elle peut. A moins de cas urgens, le médecin ne vient à l'hôpital que trois fois par semaine. Dans les services de chirurgie, il existe des internes ; mais ceux-ci sont au choix, non au concours ; et comme la pension qu'ils ont à payer est fort chère, les riches seuls peuvent aspirer à ces places. Il est incontestable qu'en France le service a quelque chose de plus régulier, de plus militaire ; il existe une hiérarchie bien ordonnée, qui assure l'exécution intelligente des ordres du médecin en chef. Aussi tout ce qui tient au pansement est-il chez nous d'une grande supériorité. Le manque de toile de lin se-

fait partout sentir en Angleterre, et dans l'hôpital de Manschester j'ai vu étendre la farine de graine de lin sur de la filasse pour faire des cataplasmes. Tout ce qui tient aux bains, aux fumigations et aux douches, etc., est à Paris d'une incontestable supériorité. Les Anglais sont hydrophobes; à peine si dans les rues de Londres vous trouverez quelques établissemens de bains, qui consistent en une chambre avec une seule baignoire. Mais, sous le point de vue de la nourriture, les hôpitaux anglais ont sur nous une immense supériorité. Au lieu de cette viande dont une ébullition prolongée a extrait tous les principes nutritifs, au lieu de ce maigre bouilli qui ne peut réparer les forces du convalescent. on voit circuler dans les salles d'énormes tranches de bœuf rôti qui contient encore tous ses élémens réparateurs : au lieu de ces haricots, de ces pois coriaces, de grosses pommes de terre bouillies; et, en place d'un vin peu généreux, de la bonne bière. Aussi les chirurgiens anglais peuvent-ils nourrir leurs opérés beaucoup plus tôt que ne le peuvent les Français. Souvent, un ou deux jours après une amputation, on voit le malade, assis sur son lit, manger avec appétit une petite tranche de rosbif avec un peu de pain. Il faut dire aussi que la plupart des amputations sont nécessitées par des accidens, et moins souvent que chez nous par des tumeurs blanches, des caries scrofuleuses, etc., etc. Les portions ne sont pas aussi rigoureusement limitées que dans les hôpitaux français. Ainsi on laisse beaucoup de latitude aux sœurs pour la nourriture des convalescens, et l'on ne donne pas la même pitance à un vigoureux matelot et au chétif ouvrier d'une filature de coton. La sœur leur demande à chacun, après la première distribution, s'ils ont encore faim, et il paraît qu'il abusent bien rarement de cette faculté pour se gorger outre mesure d'alimens. S'il m'était permis de résumer mon idée, je dirais que, pour le bien d'un malade, il faudrait le faire traiter dans un hôpital français, puis l'envoyer faire sa convalescence sous le régime alimentaire anglais. Les malades anglais sont patiens, résignés, et témoignent la plus grande déférence pour ceux qui leur donnent des soins; mais ils sont silencieux, et il est difficile de leur arracher les moindres renseignemens : les interrogatoires des médecins sont très-courts et portent rarement sur les circonstances antérieures à la maladie. De là, je crois, la brièveté des observations de maladies dans les ouvrages des pathologistes de la Grande-Bretagne.

Nos hôpitaux sont institués dans un but de philantropie moins exclusif que ceux des Anglais. Dans beaucoup de ces établissemens, les malades ne sont reçus que certains jours; dans d'autres, il faut une carte de l'un des souscripteurs; dans le plus petit nombre, la maladie est un passeport suffisant. Réjouissons-nous de cet avantage que nous avons sur nos voisins : il rachète bien des infériorités.

MARTINS, D. M.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES.

AVRIL 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Observations sur les effets de la frayeur chez l'homme; par J. Franc, premier chirurgien-chef interne à l'Hôtel-Dieu Saint Eloi, de Montpellier etc., etc.

Tous les médecins sont d'accord à reconnaître les influences diverses des affections de l'âme sur l'économie, et des travaux nombreux ont été faits sur cette question de médecine; mais un des points sur lesquels on a très-peu écrit, et qui selon nous mérite la plus grande attention, tant de la part du médecin que du chirurgien, c'est l'influence de la frayeur soudaine ou prolongée sur l'organisation de l'homme.

Les maladies qui résultent de cette affection de l'âme sont si nombreuses que nous sommes convaincus que chaque médecin doit en avoir observé des exemples dans sa pratique. Le vulgaire lui-même, dont les observations sont quelquefois si justes et toujours si peu écoutées par la généralité des philosophes et des médecins, a reconnu parfaitement la plupart des effets de la frayeur et les a toujours traités à sa manière. Comment se fait-il donc que les livres de pathologie ne s'occupent pas des désordres qu'entraîne cette cause puissante? que les dictionnaires de médecine soient muets aux articles *effroi*, *frayeur?*

Nous allons pour notre part tâcher de démontrer par les faits toute l'importance de cette question médicale?

Jean Vacquier (1), âgé de 35 ans, cultivateur, né à Salles-la-Sauric, Aveyron, célibataire, tempérament bilioso-sanguin, n'avait jamais eu de maladie bien grave, lorsque, dans le courant de l'année 1827, après un travail pénible dans une cave, qui mit tout son corps en sueur, il fut pris d'un réfroidissement subit et puis d'une affection de poitrine qui le fatigua sérieusement pendant deux ans; au bout desquels toutefois sa maladie disparut complétement.

Il avait repris déjà ses occupations habituelles, lorsque, vers le mois de juin 1830, pour satisfaire le bizarre caprice de connaître la capacité de son canal urétral, il s'introduisit dans la verge une espèce de jonc tendre qu'il retira ensuite avec peine: il s'aperçut bientôt, aux souffrances qu'il éprouva dans la vessie, que le jonc s'était rompu et avait laissé dans l'intérieur de ce viscère une portion qu'il évalua à la longueur d'un pouce. Cette circonstance l'affligea vivement, mais malgré les efforts qu'il fit pour s'en débarrasser il ne put réussir à rejetter le corps étranger par les urines. Il resta un mois en proie à des souffrances qui se réveillaient très-vives au col de la vessie au moment où il urinait: il fit usage pendant ce mois de bains, de tisanes nitrées, et bientôt il sortit du canal de l'urètre, pendant l'émission des urines, un petit fragment de jonc enveloppé dans des couches terreuses. Depuis ce temps il en est sorti fréquemment, à des intervalles plus ou moins rapprochés, d'autres fragmens d'un petit volume et friables, et d'une odeur fétide.—Les douleurs qu'éprouvait le malade se bornaient à des élancemens douloureux au périné quand il fatiguait, et à de vives cuissons au col de la vessie pendant qu'il urinait. Il ne cessa de travailler que pendant une huitaine de jours, après quoi il réclama les soins de M. Anglade, qui le sonda et lui conseilla d'aller à Montpellier pour se faire opérer; le malade se rendit facilement à ces raisons et se présenta à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, le 6 avril 1831.

A son arrivée, le malade ne paraissait pas épuisé par des souffrances antécédentes, il urinait facilement et à plein canal, mais depuis quelque temps il était obligé de pisser très-souvent.

Il fut couché au n° 2 de la salle Saint-Eloi, à côté d'un malade calculeux comme lui. Ce dernier, dont la pierre était volumineuse, fut opéré de la taille et mourut dans la nuit du 19 au 20. Vacquier ne put dissimuler l'impression qu'il éprouva d'abord de cette circonstance, et ses angoisses s'exprimèrent par une espèce de fixité de pensées dont on ne le détournait qu'avec difficulté. Il fut pris aussi d'une espèce de tremblement nerveux dans tous ses membres qui n'avait pas été observé jusques là. Cependant le malade témoignait à la visite une espèce de sécurité qui n'était pas dans son âme. Le 19 avril il fut sondé et l'on reconnut la présence du calcul (quart; tisane de graine de lin).

M. Lallemand se propose d'opérer la lithotritie à cause de la friabilité de la pierre.

20 avril. — On introduit une sonde que l'on laisse à demeure pour la dilatation du canal. Pendant la nuit du 20, le malade songe qu'il était emporté violemment dans la salle des opérations, et que là, sans qu'il pût crier pour se plaindre et faire des efforts pour se soustraire au supplice qu'il allait subir, il avait été opéré avec des instrumens rougis au feu.

21. — La verge est rouge et tuméfiée, elle a triplé de

(1) Nous avons rédigé cette observation d'après les notes écrites de notre collègue et ami M. Bermond et de M. Verdier.

volume et est d'une sensibilité extrême ; le malade a retiré la sonde dont la présence l'incommodait à cause du gonflement de la verge ; le bec quand il l'a retirée a entraîné un peu de sang.

22. — La tuméfaction augmente à la verge et s'étend aux bourses qui sont distendues et d'un rouge presque lie de vin ; M. Lallemand pratique plusieurs scarifications sur le dos de la verge et sur les bourses, pour dissiper la tension inflammatoire.

23. — Tout démontre que la verge et les bourses sont envahies par un érysipèle gangréneux. Il n'y a point d'infiltration urineuse comme semblait le faire croire l'odeur d'urine qu'exhalaient les parties : cette supposition est d'ailleurs rendue impossible par la siccité des ouvertures pratiquées avec le bistouri. —L'engorgement des parties est le même, la rougeur est tout à fait brune (cataplasmes).

24. — Une escharre commence à se former au milieu du dos de la verge.

25 et 26. — Les accidens inflammatoires n'ont pas diminué ; une escharre très-large s'est formée à la partie moyenne et inférieure des bourses. L'avant-bras droit du malade présente à sa partie inférieure et interne une tumeur diffuse avec coloration rouge de la peau, ayant les mêmes caractères que l'inflammation érysipélateuse du scrotum et de la verge ; la jambe droite offre à sa partie moyenne et externe une tumeur inflammatoire de même nature. — Le malade est pris de dévoiement (un gros de diascordium matin et soir. Potion avec le sirop de quinquina).

27 et 28. — La face est crispée, le pouls est concentré, le malade a peu dormi ; l'escharre de la verge a fait tout le tour dans sa longueur, celle du scrotum est très-large (douze pilules de sulfate de quinine de deux grains chacune, décoction de quinquina, deux onces vin de quinquina).

29. — L'affection cutanée qui se développait aux membres a cessé simultanément avec la diarrhée ; au reste, le malade reste à peu près dans le même état depuis le 30 avril jusqu'au 6 mai ; on excise chaque matin au pansement des portions gangrénées de la peau qui recouvre la verge et les testicules. Aujourd'hui ceux-ci sont à nu (trois pots de décoction blanche).

7 et 8 mai. — Du tissu cellulaire nouveau remplace les tégumens excisés pour les réparer, on enlève encore quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

9. — Les testicules sont à nu et très-rouges, on les recouvre ainsi que toutes les parties dénudées de plumasseaux enduits de cérat.

10, 11 et 12. — Même pansement, le malade souffre beaucoup en urinant, il se plaint aussi de sentir aux jambes et aux bras une chaleur cuisante. — L'examen de ces diverses parties montre que des abcès s'y sont formés presque à la sourdine, et pendant que l'attention était absorbée par les accidens survenus aux parties génitales.

M. Lallemand ouvre un de ces abcès développé à la partie externe de l'articulation du genou gauche, qui donne issue à deux grands verres de pus bien lié. Non loin de là, et un peu au-dessus de la rotule, se trouve un autre abcès moins volumineux et qui fournit proportionnellement à son volume presque autant de pus que le précédent. En examinant le bras du même côté, c'est-à-dire le gauche, on reconnaît qu'il existe une autre collection à l'avant-bras ; on est étonné de la grande quantité de pus qui s'échappe d'abord lorsque la lancette a piqué. Un quatrième abcès est ouvert également à la région externe et supérieure de la jambe droite. Des mèches de charpie sont introduites dans les ouvertures de chacun de ces abcès.

13. — A l'avant-bras droit s'est manifesté une autre tumeur dont l'ouverture a donné issue à une grande quantité de pus ; cet abcès comme les autres s'est manifesté là où des érysipèles s'étaient déclarés. — On panse les autres abcès avec des cataplasmes après avoir préalablement introduit des mèches dans leur ouverture. — Le malade a trop mangé et a eu une indigestion ; fièvre sueurs nocturnes, détérioration évidente. — Il est facile de reconnaître qu'il ne pourra pas suffire aux pertes qu'il fait chaque jour et qu'il est destiné à périr (diète, tisane de riz, un gros de diascordium matin et soir).

14. — Le malade a toujours le dévoiement, il s'affaiblit d'une manière sensible. — Le pus fourni par les abcès est considérable ; on exerce la compression avec avantage sur les points où le pus aurait pu fuser. — L'état des parties génitales est le même qu'hier.

15. — Le dévoiement a cessé. — Un nouvel abcès s'est formé à la partie supérieure et interne de l'avant-bras droit, il est ouvert, il s'en écoule une grande quantité de pus.

16. — On ouvre encore un nouvel abcès formé à la partie inférieure de l'avant-bras gauche : la diarrhée est revenue quoique la diète ait été gardée. — La verge et les testicules sont dénudés ; le travail réparateur se fait régulièrement mais avec lenteur : la présence du calcul tourmente le malade et le fait uriner avec beaucoup de difficultés.

17. — Le pus qui s'écoule des abcès est ténu, fétide ; il contient des gaz qui se dégagent en bulles. En examinant les membres où les abcès ont été ouverts, on voit que les articulations elles-mêmes ont été attaquées par cette dissolution putride en laquelle le malade semble se fondre. — La plaie du scrotum et de la verge est sèche, le travail inflammatoire est suspendu, le pouls est accéléré, la langue sèche, la soif intense.

18. — Le pus fourni par les abcès ouverts est mêlé d'une grande quantité de sang noir et fétide ; la décomposition de tous les tissus va en augmentant ; le malade est inquiet et désespère de son sort ; son amaigrissement et sa faiblesse sont extrêmes.

19 et 20. — Les symptômes sont de plus en plus graves.

Le malade meurt le 21 mai à deux heures du matin.

Autopsie. — M. Lallemand a profité de cette occasion pour faire la lithotritie. La pierre était très-friable et aurait été broyée sur le vivant avec facilité, si des complications funestes n'avaient mis fin aux jours du malade.

Après des manœuvres pour le broiement qui ont duré environ une demi-heure, M. Lallemand a ouvert l'abdomen et la vessie et a reconnu que la pierre avait été broyée en une infinité de morceaux, parmi lesquels on a trouvé un morceau de jonc de 9 à 10 lignes de longueur.

Le canal de l'urètre, examiné dans toute son étendue, n'a présenté aucune altération.

Pendant que ce fait s'accomplissait dans la salle Saint-Éloi de l'Hôtel-Dieu, et que nous étions à la recherche de la cause puissante qui avait amené tant de maux, et enfin la mort du malheureux Vacquier, une femme se présenta à la clinique avec un érysipèle qui s'étendait à tout le sein droit : plusieurs plaques gangréneuses occupaient la surface du sein et ressemblaient d'une manière frappante aux plaques gangréneuses que nous venions d'observer. En effet, il avait été remarquable dans le fait de Vacquier que les aréoles gangréneuses de la verge et des bourses offraient un aspect général tout particulier ; et surtout une coloration spéciale. Chaque plaque, de forme d'ailleurs variable, à bords ondulés, était rouge lie de vin foncée vers le centre, et jaune brunâtre sur les bords. Tout le monde fut frappé de la ressemblance parfaite des plaques gangréneuses du sein de la femme avec celles de la peau des parties génitales de Vacquier.

La malade ayant été ensuite interrogée sur ce qui pouvait avoir donné lieu à cet érysipèle gangréneux, nous raconta que sa maladie ne datait que de deux jours avant son entrée à l'hôpital, et que l'érysipèle avait commencé d'une manière presque subite à la suite d'un effroi qu'elle avait éprouvé en voyant battre très-violemment sa fille par son gendre.

Cette malade est restée près de deux mois à l'Hôtel-Dieu pour attendre la chute des escharres gangréneuses et la cicatrisation, après quoi elle est sortie sans éprouver d'autre accident.

Il est facile de comprendre que ce second fait fut pour nous un trait de lumière qui nous conduisit naturellement à reconnaître la cause de la maladie que nous avions observée en premier lieu.

Nous étions en effet restés occupés de ce problème sans pouvoir lui trouver une solution satisfaisante : nous avions songé tout d'abord à une infiltration urineuse résultant de la déchirure du canal, et cette pensée était venue à la tête de tous ceux qui suivaient la clinique à cette époque ; car le malade avait retiré lui-même la sonde qu'on avait mise à demeure pour dilater son canal, et dans cette manœuvre il avait souffert et la sonde avait été extraite avec du sang figé à son bec. Ces circonstances et leur coïncidence avec le développement des accidens, avaient entraîné quelques instans notre pensée vers cette opinion. Mais, en y réfléchissant bien, nous nous expliquions difficilement comment une infiltration urineuse aurait pu donner lieu aux accidens tels que nous venions de les observer. Il était notoire en effet que l'érysipèle s'était développé d'une manière presque subite, que la rougeur et le gonflement de la peau avaient précédé le gonflement des tissus sous-jacens, que les plaques gangréneuses s'étaient développées malgré les débridemens qui avaient été faits, et semblaient par suite être plutôt la conséquence de l'acuité de l'inflammation que de la tension opérée par l'urine dans les tissus sous-jacens : et d'ailleurs, l'inflammation gangréneuse avait commencé par affecter la verge, et s'était ensuite étendue aux bourses ! Évidemment l'infiltration urineuse ne peut pas donner lieu à des accidens qui se développent de cette manière.

L'infiltration urineuse amène d'abord la tension et puis la rougeur du périné : cette rougeur et cette tension peuvent s'étendre à la verge, mais ce n'est jamais que d'une manière consécutive.

D'autre part, il a été reconnu, après un examen fait avec soin, que les incisions opérées pour diminuer la tension énorme des bourses et de la verge, ne laissaient point écouler d'urine ni de liquide de toute autre nature, que l'odeur urineuse qui était perçue quand on découvrait le lit était due à ce que le malade ne pouvant se remuer et prendre une position commode pour uriner, était obligé d'uriner en place, ce qu'il ne faisait qu'à grand'peine, et en laissant tomber une partie de son urine dans ses draps.

A part toutes les raisons que nous venons de donner, nous devons encore noter, que le malade, malgré les accidens survenus, urinait à plein canal et sans difficulté, sauf toutefois les douleurs que lui causait la pierre qu'il portait dans la vessie.

Maintenant, nous le demandons, est-ce ainsi que les choses se passent lors des déchirures du canal de l'urètre et dans les cas d'infiltration urineuse ?

Évidemment il était impossible de considérer l'infiltration urineuse comme cause des accidens observés.

L'autopsie cadavérique vint encore confirmer ce diagnostic en nous montrant le canal sain dans toute son étendue, c'est-à-dire sans rougeur, sans pus, sans déchirure : la vessie était intacte dans toutes ses parties, seulement un peu épaissie et mamelonnée dans son bas-fond, comme on l'observe chez tous les calculeux.

Il y avait donc lieu à porter notre pensée d'un autre côté et à chercher une cause plus probable des faits qui venaient de se passer.

L'observation de la femme que nous avons rapportée, nous a conduits naturellement à admettre que, dans le cas d'érysipèle gangréneux de la verge et des bourses, comme dans celui des seins, la maladie avait été produite par la *frayeur* ou l'*effroi*.

Que l'on compare avec soin ces deux observations, et l'on reconnaîtra bien vite l'analogie remarquable qu'elles présentent dans leurs causes et dans leurs effets. Vacquier, atteint de la pierre, voit mourir à ses côtés un malade affecté de la pierre comme lui, son imagination s'exalte, sa pensée est tout à l'opération et à la mort qui l'attend. Il est poursuivi la nuit suivante par un cauchemar horrible ; il rêve qu'on l'opère malgré lui et avec des instrumens rougis ; à cette scène épouvantable succède un état d'angoisse qui ne cesse qu'a-

vec sa vie, car il a la pierre dans la vessie; cette pierre doit le conduire à l'opération, et cette opération à la mort.

Chez la femme, l'effroi a été soudain et il a été aussi très-vif : dans un espace de temps presque indivisible, dans une, deux, trois secondes au plus, elle a vu tomber sa fille sous les coups de son gendre, elle a frémi de la voir périr victime de sa brutalité.

Comme on le voit, dans les deux cas, le sentiment de la frayeur a été très-violent, aussi des lésions physiques extraordinaires en ont-elles été la conséquence, des érysipèles gangréneux se sont développés subitement chez ces deux malades, mais chez le premier, des érysipèles simples suivis d'abcès se sont manifesté sur les membres; circonstance qui n'a pas été observée chez la femme qui fait le sujetde la seconde observation.

En y réfléchissant, il nous semble que l'explication de ce second fait résulte naturellement des faits observés. Or, chez la femme, la frayeur fut prompte ; mais elle dut cesser presque en même temps que son gendre cessa de frapper ; tandis que, chez Vacquier, il y avait eu effroi soudain par le cauchemar qu'il éprouva durant la nuit, et puis état d'angoisse et de frayeur pendant la veille, occasionée par la présence de la pierre dans la vessie. Nous pensons que c'est cette frayeur continue qui a donné lieu aux érysipèles successifs qui se sont développés sur les membres.

Maintenant, examinons comment la cause que nous avons admise a agi pour produire l'érysipèle gangréneux et phlegmoneux. Il faut que nous le disions cependant, notre répugnance pour les explications est grande : pour qu'elles aient pour nous quelque importance, il faut qu'elles découlent naturellement des faits ; nous allons toutefois en hasarder une dans cette circonstance que nous abandonnerons à votre jugement.

Chaque homme, quel que soit d'ailleurs son courage, a éprouvé une ou plusieurs fois dans sa vie, la sensation subite et profonde appelée *effroi* ou *frayeur*. Nous disons que tout le monde y est sujet, car le courage le plus bouillant et le plus vrai ne préserve pas de la première sensation qu'on ne peut ni prévoir ni calculer.

Or, qu'arrive-t-il chez l'homme atteint d'effroi ? L'innervation est comme tout à coup sidérée, la peau se crispe, ses follicules s'érigent, les poils et les cheveux se dressent, le sang abandonne la peau et les organes de la périphérie du corps, pour s'accumuler vers le cœur et les gros vaisseaux qui fonctionnent mal et tumultueusement : la face est pâle, les yeux tendus et immobiles ; un frisson glacial parcourt rapidement la peau dans plusieurs régions du corps et dure plus ou moins long-temps. Habituellement, après quelques instans d'angoisse, soit que l'on reconnaisse l'innocuité du danger, soit que le courage excite à le braver, les fonctions se rétablissent vivement, et il se fait une réaction d'autant plus forte que la compression de l'innervation et de l'acte circulatoire a été plus prolongée. Ainsi, nous croyons que c'est à une réaction des plus vives, après un effroi soudain, qu'est dû dans le premier comme dans le second fait le développement de l'érysipèle gangréneux : quant aux érysipèles survenus aux membres chez le premier malade, nous pensons qu'ils ont été causés par des réactions moins fortes consécutives à un état de frayeur habituel, alternant toutefois avec quelques instans de calme. Telle est notre opinion, nous la croyons bonne et fondée, toutefois nous sommes prêts à accepter une explication meilleure si elle nous est offerte.

La frayeur ne produit pas seulement l'érysipèle simple et gangréneux, elle donne lieu encore aux désordres de l'organisme les plus nombreux et les plus variés. Dans beaucoup de circonstances, l'ébranlement nerveux qui en résulte est si considérable, que des fonctions organiques très-importantes peuvent en être empêchées ou perverties. Rien de plus commun que de voir, chez la femme, la suppression complète ou incomplète des menstrues, être la conséquence de l'effroi; et, chose remarquable dans ces circonstances, l'aménorrhée est beaucoup plus difficile à guérir que lorsqu'elle est produite par d'autres causes. Nous avons observé une aménorrhée de ce genre chez la femme d'un facteur de diligence, qui éprouva un violent effroi en apprenant que son mari venait de tomber de l'impériale de la voiture.

Mais les faits qui se présentent le plus souvent à l'observation à la suite de la frayeur, sont des désordres dans les fonctions du système musculaire, c'est-à-dire des mouvemens désordonnés des muscles après l'ébranlement nerveux qui accompagne l'*effroi*.

Nous venons actuellement d'avoir sous les yeux, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, un malade très-remarquable sous ce rapport, dont nous allons rapporter en peu de mots l'observation.

Rassari (Antoine), cultivateur, né à Chilhac (Haute-Loire), est entré à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi le 24 décembre 1834, pour s'y faire traiter d'une maladie convulsive des muscles de toute l'économie, dont voici à peu près l'origine : Cet homme faisait partie, il y a six ans, de l'armée d'expédition en Grèce, et servait dans le 46e régiment de ligne. A l'attaque du château de Morée, il se trouvait à une lieue en mer sur un bâtiment de transport, lorsqu'une bombe lancée d'une des batteries du fort vint tomber sur ce navire, et le fit sombrer en quelques minutes. Rassari fut obligé, à l'exemple de l'équipage, de se jeter à la mer pour regagner la côte qui était à une lieue de là. Incertain si ses forces seraient suffisantes pour accomplir ce trajet, il s'effraya vivement de sa position; toutefois, après des efforts inouis, il atteignit le but désiré ; mais en se relevant il put à peine se tenir debout, tout le système musculaire du corps était en convulsion, les muscles de la face furent pris surtout de mouvemens insolites et désordonnés ; et cet état qui donne au malade, soit par sa démarche peu assurée, soit par l'irrégularité des autres mouvemens, l'aspect d'un homme pris de vin, n'a fait que s'accroître depuis cet événement malheureux, et malgré les traitemens nombreux qu'il a subis à Toulouse, à Balarue et à Montpellier. Au reste, les désordres que l'on observe dans les fonctions musculaires ne s'étendent

pas aux autres fonctions organiques, qui s'exécutent comme dans l'état de santé la plus parfaite.

Les enfans qui ne peuvent ni prévoir, ni calculer le danger, dont la tête est d'ailleurs le plus souvent remplie d'histoires effrayantes, qu'on a l'imprudence de leur conter de bonne heure, les enfans, dis-je, sont très-sujets aux accidens causés par la frayeur.

Parmi ces accidens, il n'en est pas de plus commun que l'inflammation phlegmoneuse de la peau de la face, qui donne lieu à la formation de croûtes nombreuses. Nous avons observé plusieurs faits de ce genre, entre autres nous avons vu en 1832, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, un enfant dont la face était toute couverte de croûtes; la mère attribuait cette maladie à une frayeur que son fils avait éprouvée pendant la nuit. Les observations de cette espèce sont si fréquentes, que nous sommes convaincu que les médecins qui s'occupent surtout des maladies des enfans, doivent en voir souvent dans leur pratique.

La frayeur produit aussi quelquefois une espèce de dissociation dans les élémens qui entrent dans la composition du sang : cette observation n'a pas échappé non plus au vulgaire. On dirait, par ce que l'on remarque chez ces malades, que le sérum du sang abandonne les vaisseaux pour se répandre dans le tissu cellulaire et adipeux ambiant.

Une jeune fille de 6 à 7 ans nous fut amenée, il y a environ quinze mois; elle avait la face pâle et bouffie aussi bien que les autres parties du corps; les paupières étaient surtout remarquables par la saillie considérable qu'elles formaient en avant de l'orbite. Sa grand'mère nous raconta qu'ayant voulu la conduire au palais de justice, dans la salle des Assises, elle refusa tout d'abord d'y entrer de peur des gendarmes, et que l'ayant entraînée vivement par la main pour la faire obéir, elle se mit à pleurer et à pousser des cris si perçans, qu'elle fut obligée de se retirer de suite pour la calmer : le lendemain tout son corps était infiltré, la face était bouffie, elle avait perdu l'appétit.

Ne pouvant pas la saigner à cause de son jeune âge, nous songeâmes à faire une application de quelques sangsues au cou; elle fut faite le même jour, et, chose remarquable, au lieu de sang les piqûres laissèrent exsuder une quantité considérable de sérosité, qui peut être évaluée au moins à une pinte et demie, et qui mouilla tout le linge qui avait été mis sous le cou de la jeune malade pour recevoir le sang.

On peut juger par ces faits si la question médicale dont nous nous occupons mérite d'être étudiée. Nous avons mentionné les faits qui se sont offerts à notre observation; nous ne doutons pas que les médecins n'en aient observé un très-grand nombre. Nous sommes convaincu, pour notre part, que la frayeur occasione des maladies nombreuses, et complique très-gravement beaucoup de maladies chez les personnes pusillanimes.

Voyons actuellement sur quelles bases il est convenable de fonder le traitement dans ces sortes de cas.

Il est facile de comprendre qu'il est toujours impossible de prévenir les accidens qui résultent d'un effroi soudain; seulement, pour ce qui regarde les enfans, il est convenable de leur inspirer du courage de bonne heure, en leur citant les exemples de l'histoire les plus remarquables sous ce rapport, en les excitant sinon à imiter, du moins à admirer les plus beaux traits d'héroïsme des temps anciens et modernes. Il convient surtout de ne pas les effrayer, comme on a coutume de le faire pour les contraindre à obéir, par la crainte de fantômes de diverse nature, et de recommander aux personnes qui les environnent de ne pas leur conter des histoires susceptibles de les rendre timides ou peureux.

Quant aux malades chez lesquels la frayeur est continue, et est causée par une affection qui les épouvante, il convient de les calmer, de les rassurer sur leur état, non pas en traitant tout d'abord leurs craintes de futiles et de chimériques, mais par la persuasion et au moyen d'explications adroites, qui sont d'autant plus efficaces que le médecin possède la confiance du malade.

Lorsque la frayeur a produit un ébranlement de tous les systèmes organiques, convient-il de saigner comme on le fait vulgairement? Nous pensons que la saignée peut être utile, quoique, dans le plus grand nombre des cas, elle ne mette pas fin aux accidens; elle les atténue seulement par le calme que produit la déplétion du système circulatoire. Ici comme dans le traitement de beaucoup d'autres maladies, il est impossible de ne pas sentir le besoin d'un agent thérapeutique susceptible de ralentir, de calmer, de régulariser l'innervation commuée et viciée. Quant à l'application de la saignée, il n'est presque pas besoin de dire qu'il ne faut la faire qu'après avoir attendu la réaction : une saignée malencontreuse faite après un effroi soudain, dans le moment de la compression de l'innervation, peut faire périr le malade sur-le-champ.

Comme les accidens qui résultent de l'effroi soudain sont très-nombreux et très-variés, il est impossible de dicter d'avance, pour ces cas, des règles thérapeutiques d'après lesquelles il soit possible de se guider dans la pratique, du moins dans l'état actuel de la science. Un fait de pratique qui résulte de notre observation et de celle des autres, c'est que les maladies causées par la frayeur sont rebelles dans le plus grand nombre de cas, aux traitemens les plus variés et les plus rationnels; en sorte que, dans l'entreprise de pareilles cures, le médecin doit s'armer, comme on dit, de patience et de courage!

J. Franc.

Du suc du mancenillier employé comme anticarcinomateux.

Les moyens généralement employés pour combattre l'ulcère cancéreux se réduisent à l'opération et à l'application de plusieurs topiques, parmi lesquels l'arsénic seul présente quelques chances de succès. L'ablation de la tumeur cancéreuse compte en sa faveur des résultats

heureux ; mais le plus souvent le cancer, semblable aux têtes de l'hydre, se régénère avec une rapidité effrayante, et précipite au tombeau des victimes qui auraient pu prolonger encore long-temps leur existence.

L'opération n'est pas toujours praticable en conséquence de l'adhérence de l'ulcère et de la tumeur subjacente aux parties de la circonférence; quelquefois même le sein étant affecté, elle excite la tuméfaction des glandes axillaires et du tissu cellulaire environnant. Le virus pénétrant dans les glandes lymphatiques, la diathèse cancéreuse existant, tout espoir de succès devient illusoire. Il nous serait facile de multiplier les objections, mais qu'il nous suffise de dire que souvent la répugnance du malade est telle qu'il préfère la mort à l'opération qui présente le plus de chances de réussite.

Le cancer étant un des plus grands fléaux qui affligent l'espèce humaine, les arsenaux pharmaceutiques se sont vainement épuisés pour le combattre ; l'arsénic seul compte en sa faveur quelques cures. Neckel, en 1590, conseilla l'application de l'acide arsénieux, mais Fusch, un an après, fut le premier qui en consigna les résultats. Depuis, Cosme, Rousselot, Dubois et plusieurs autres, ont combiné l'arsenic avec d'autres substances, dans le but de neutraliser ses effets délétères. Fusch, dans le même but, le combinait avec la serpentaire de Virginie et la suie de cheminée; ce dernier médicament dont l'emploi, comme on voit, date de fort loin, vient d'être préconisé de nouveau; mais nous pouvons assurer que de nombreux essais ont prouvé que la créosote et la suie sont des médicamens entièrement nuls quand ils sont appliqués sur des ulcères vraiment cancéreux, et que la préparation que nous avons citée n'agit qu'en raison directe de la quantité d'arsénic qu'elle contient. Si l'arsénic est quelquefois utile, il est souvent nul, et même on l'accuse de rendre progressive la marche de plusieurs ulcères qui, avant son application, aurait été stationnaire. Ce serait ici le lieu d'agiter la question si l'arsénic agit comme spécifique ou comme escharrotique, s'il peut être absorbé et produire l'empoisonnement. Comme ce que nous dirons à ce sujet peut également s'appliquer au suc du mancenillier, nous observerons que de nombreuses expériences prouvent que l'acide arsénieux combiné avec l'ichor cancéreux perd sa propriété délétère, tandis qu'il conserve toute son activité étant mis en contact avec l'ichor de tout autre ulcère ; que si des cas d'empoisonnement ont eu lieu, c'est que cet acide avait été absorbé par les bords dénudés de l'ulcère cancéreux, absorption qui n'a jamais lieu quand on a le soin, avant son application, de couvrir avec une substance quelconque la circonférence de la plaie. Si l'acide arsénieux ne devait ses effets qu'à sa propriété escharrotique, d'autres substances qui possèdent la même propriété à un degré plus éminent auraient le même résultat dans leur application, et personne n'ignore que le contraire a lieu.

Sans faire mention d'une foule de médicamens qui ont été et qui sont encore préconisés malgré leur nullité, nous ferons connaître un agent thérapeutique qui, jusqu'à ce jour, avait été repoussé de la matière médicale en conséquence de ses propriétés délétères.

Le Mancenillier, *Hippomane mancinella*, de la famille des euphorbiacées, qui a été décrit par plusieurs auteurs, est connu depuis la conquête de l'Amérique, en conséquence des terribles effets que produisaient les flèches des indigènes qui étaient imbibées dans le suc de ses branches ou de son fruit. C'est ce suc lactescent qui est employé par les hordes qui fréquentent les bords de l'Orénoque, comme anticarcinomateux, et qui est un médicament dont les propriétés méritent d'être étudiées. Comme jusqu'à ce jour le suc de l'hippomane n'a pas été employé internement, nous ne pouvons rien dire sur ses effets ; mais sans croire que, comme le mercure dans la syphilis, il pourrait être un vrai spécifique, et vaincre la diathèse cancéreuse, ses effets comme topique devraient le faire tenter à l'intérieur, d'autant plus que l'on emploie tous les jours des substances plus énergiques, telles que l'arsénic et l'acide hydrocyanique. Nous pouvons assurer que le suc du mancenillier mis en contact avec l'ichor cancéreux est neutralisé ; qu'en ayant soin de couvrir les bords dénudés de l'ulcère, l'absorption n'a jamais lieu par le centre. La méthode suivante, employée par les indigènes de l'Amérique méridionale, est une preuve péremptoire : après une quantité de cérémonies absurdes, qu'ils regardent comme indispensables, ils lavent plusieurs fois la plaie à l'eau froide ; ils entourent avec soin l'ulcère de la pâte de rocou, et laissent tomber au centre quelques gouttes du suc de l'hippomane tiré indifféremment du fruit ou de l'écorce de l'arbre ; il se forme bientôt une escharre qui, de livide, devient carbonisée, et, en tombant quarante-huit heures après, laisse voir une plaie simple qui, par le seul moyen du rocou, se cicatrise promptement. Dès que l'hippomane est en contact avec l'ulcère, le pouls précipite ses pulsations, la respiration devient haletante, et une sueur fort abondante inonde le corps du malade ; mais le calme renaît bientôt. Ces phénomènes se présentent quelquefois lors de l'application de l'arsénic sur les ulcères carcinomateux ; et si nous observons que, comme cet acide, il perd ses propriétés délétères étant mis en contact avec l'ichor cancéreux, nous verrons que ces deux médicamens ont beaucoup d'analogie dans leur manière d'agir ; aussi présentons-nous le suc de mancenillier comme un puissant succédané à l'acide arsénieux, et comme comptant en sa faveur un plus grand nombre de succès. Il nous serait sans doute facile de citer des observations, puisque, lors de notre voyage dans l'intérieur du Brésil, les malades affluaient du littoral de l'Océan pour être traités par les chefs des hordes sauvages, avec lesquels nous fûmes long-temps en relation. C'est en questionnant ces chefs que l'on peut parvenir à se fixer sur les maladies qui existaient dans l'Amérique méridionale avant l'invasion des Européens. Il paraîtrait que la syphilis leur était connue, puisqu'ils indiquent le traitement qu'ils prétendent tenir de leurs ancêtres depuis un temps immémorial. Dans un mémoire séparé nous traiterons plus au long un sujet si intéressant. Germon, D. M.

Homœopathes et homœopathie.

Je vous prie, M. le rédacteur, de vouloir bien insérer dans votre journal la communication suivante :

M. Léon Simon, secrétaire perpétuel de la Société homœopathique, fait chaque semaine un cours, où il expose les principes de la nouvelle doctrine. Voulant joindre à l'autorité de sa parole la puissance des faits, je proposai, dans une des dernières séances, une série d'expérimens sur l'homme sain, dans le but de constater le point fondamental de la pratique homœopathique, savoir l'action des médicamens à doses microscopiques.

Afin d'ôter tout prétexte à la malveillance ou à l'incrédulité, je posai les conditions suivantes :

1° M. Simon choisira dans la matière médicale les dix substances médicamenteuses susceptibles de donner lieu aux phénomènes les plus tranchésles, plus caractéristiques, les plus spécifiques. — Leur préparation sera faite sous la surveillance de M. Simon, ou par M. Simon lui-même, afin qu'on ne puisse expliquer l'absence de résultats par la négligence apportée dans les manipulations pharmaceutiques.

2° Les dix médicamens étant renfermés chacun dans son paquet, avec l'étiquette *cachée sous un pli.* M. Simon prendra au hasard le premier qui se présentera, et l'expérimentera sur lui-même ou sur l'un des plus éclairés et des plus dévoués partisans de l'homœopathie, afin que l'on ne puisse, comme cela a déjà eu lieu, donner pour cause de la nullité des effets, l'inobservance de la diète homœopathique.

Le papier étiqueté, qui contenait le médicament employé, et les neuf autres paquets, seront mis sous bande cachetée, et le tout restera clos jusqu'à la fin de l'expérience.

3° Lorsque M. Simon jugera l'expérience terminée, il devra, d'après le compte rendu des symptômes éprouvés par lui ou par la personne qui aura été le sujet de l'expériment, désigner le nom de la substance employée; en un mot, il fera une analyse médicamenteuse, au moyen des réactions homœopathiques.

4° Si l'expérience a été faite sur un individu rebelle aux influences homœopathiques, il sera permis à M. Simon de recommencer un certain nombre de fois.

Ces conditions, d'abord acceptées avec empressement, furent refusées dans la séance suivante : la nuit avait porté conseil, M. Simon ne voulut plus consentir à l'expérimentation, qu'autant qu'il connaîtrait d'avance le nom du médicament. Cette précaution détruisait, comme on voit, toute la valeur de l'expériment.

Je laisse aux médecins à juger de quel côté s'est montré le désir d'arriver à la vérité, quelle qu'elle puisse être.

MARMORAT, D. M. P.

—

Documens sur le traitement de la syphilis par la médecine homœopathique.

Les médecins homœopathes traitent tous les symptômes primitifs et secondaires de la maladie vénérienne par le mercure, non dans l'intention de détruire ni de neutraliser le virus syphilitique, suivant le langage encore admis par beaucoup de médecins, mais pour faire développer, disent-ils, des symptômes semblables à ceux produits par la syphilis.

Parmi les accidens primitifs, je prendrai pour exemple les ulcérations du pénis (chancres), comme le symptôme le plus important de la syphilis.

Que ces ulcérations soient simples ou compliquées, peu nombreuses ou multipliées, d'un caractère bénin ou phagédénique, les homœopathes prescrivent le repos, un régime plus ou moins sévère, des soins de propreté. Ils guérissent tous les chancres simples ou multiples dans l'espace de vingt-cinq à trente-cinq jours; quelquefois les ulcères rongeans cèdent pendant ce temps; rarement il faut plus de quarante à quarante-deux jours, quand les malades sont dociles et se soumettent à une nutrition légère. Pendant ce temps on administre trois globules tous les sept jours : les malades prennent donc trois ou quatre, et tout au plus cinq globules pendant leur traitement, et guérissent sans que l'on ait remarqué de phénomènes particuliers.

La plupart des médecins français et étrangers, qui, depuis dix ans, s'occupent spécialement de syphilis, et suivent les progrès des sciences, ont à peu près renoncé aux préparations mercurielles pour le traitement des ulcérations de la verge. Ils les guérissent également par le repos et le régime végétal peu animalisé, dans le même espace de temps, sans administrer un seul atome de mercure.

Le régime n'est débilitant que pour les malades atteints de symptômes inflammatoires, assez intenses ou phagédéniques; et il est très rare qu'on soit obligé d'employer les préparations mercurielles, locales ou internes, pour hâter la guérison quand elle se fait attendre trop long-temps.

Relativement aux affections secondaires peu intenses, l'homœopathie réussit également dans les cas seulement où nous obtenons la cure par les moyens simples, le repos, le régime, les bains, etc.; mais elle paraît échouer complètement lorsque la modification syphilitique nécessite une médication plus active. C'est au moins ce que j'ai pu constater sur huit malades, traités depuis plus de six mois par des médecins homœopathes, sans aucun succès, pour des ulcères à la gorge, dans les fosses nasales, des douleurs ostéocopes, des pustules et une carie du tibia. Cinq de ces affections ont été guéries; trois par la tisane sudorifique et le sous-carbonate d'ammoniaque; une par la tisane de Felz, et la cinquième par l'eau dite de Pollini; les trois autres malades m'ont seulement consulté.

On peut conclure de ces faits, en thèse générale :

1° Que l'homœopathie est illusoire dans le traitement des chancres ou ulcérations de la verge, puisqu'on les guérit également par un traitement simple et rationnel ;

2° Que le mercure est inutile dans le traitement des symptômes primitifs de la syphilis ;

3° Que, dans le traitement des affections secondaires, l'homœopathie n'obtient pas de succès plus certain :

Le docteur Devergie aîné.

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE.

AVRIL 1835.

Quelques mots sur la philosophie de l'homœopathie et observation sur l'antracine,

Lus à la Société homœopatique lémanienne, le 15 février.

La thérapeutique homœopathique repose sur deux grandes vérités : vérité du principe *similia similibus curantur*, et vérité de l'action des forces développées par la dynamisation des substances diverses dont on fait des médicamens.

Nous ne nous arrêterons point, pour le moment, à démontrer par le raisonnement la première de ces vérités ; nous dirons avec notre illustre maître : « *Peu nous importe la théorie scientifique de la manière dont le fait a lieu, et nous attachons peu de prix aux explications qu'on peut en donner* » (1).

Dans une science purement expérimentale, le raisonnement ne doit servir qu'à tirer des inductions de l'ensemble des faits et non à les torturer pour les faire arriver dans un cadre monté et disposé à l'avance ; ou, en d'autres termes, les principes à poser, les vérités à produire doivent être la conséquence des faits et non des créations imaginaires qu'on prétend ensuite confirmer et démontrer par l'expérimentation.

Or, ceci est rigoureusement applicable à l'axiôme que nous venons de poser et qui est aussi ancien que la médecine. Si, depuis Hippocrate qui l'avait énoncé en ces termes, dans son traité *de Locis in homine : Per similla adhibita ex morbo sanatur*, il est resté sans application directe, sans devenir loi fondamentale de l'application des médicamens au traitement des maladies, il n'a point pour cela cessé d'être la loi immuable de la nature, la loi universelle, qui, de tous temps, à l'inçu du médecin, a régi toute médication dont le résultat a été une action curative directe.

Cette assertion est devenue vérité prouvée par le tableau des nombreuses cures homœopatiques dues au hasard, qu'a rapportées le docte et érudit fondateur de la science, en tête de son Organon. Il suffit à notre thèse d'y renvoyer le lecteur.

La seconde des vérités que nous avons posées en principe, vérité dont chacun peut se convaincre par quelques expériences sur sa personne, repose sur des faits non moins exacts que les précédens, mais plus récens. Elle paraît plus extraordinaire en ce qu'elle s'éloigne davantage des idées reçues en chimie, en physique et en physiologie, aussi trouve-t-elle une opposition plus opiniâtre et moins raisonnée.

Parmi les nombreux obstacles que cette importante vérité a à surmonter pour arriver à être généralement connue, il en est un que nous avons déjà signalé il y a bientôt deux ans, le défaut de logique dans le langage consacré pour exprimer l'opération improprement dite *atténuation des médicamens*, au lieu de *dynamisation*. Nous nous contentons de l'énoncer de rechef, persuadé qu'il n'est pas un lecteur qui n'ait souvent déploré le mal qu'ont fait à l'homœopathie *les millionièmes de tous grades*, les expressions de *petites doses*, *doses infinitésimales*.

Préparer un médicament n'est pas le diviser ; c'est développer une force, c'est dynamiser ; et dans ce travail, le médecin doit porter l'abstraction jusqu'à perdre l'idée de matière. Il possède, à la fin de cette opération, une force tout-à-fait analogue à celle de l'aimant, qui est entièrement indépendante du fer sur lequel elle est fixée.

Faire des raisonnemens pour montrer ce qu'est cette force, quelle en est la nature, serait agir d'une manière contraire à la raison ; comme toutes les forces actives de la nature, nous ne la connaîtrons jamais que par ses effets. Le moyen le plus propre à s'en former une idée un peu précise est de l'étudier par comparaison.

Prions, pour cela, le lecteur de vouloir se rappeler ce qu'on a désigné jusqu'ici par les mots *faire des atténuations*, et que nous appelons *dynamiser*, et comparons l'ensemble de cette opération avec ce que fait le physicien qui aimante un barreau par la percussion et qui, avec celui-ci, en aimante d'autres par le frottement.

C.

(1) *Organon*. p. 127 : trad. de Jourdan ; 1re édition.

Peut-on, après une déclaration aussi positive, après un aveu aussi formel, du peu d'importance que Hahnemann attache aux théories, lui reprocher sérieusement, ainsi que le fait un certain pseudonyme dans les *Archives de la médecine homœopathique*, vol. 1, p. 241 et suivantes, *de se laisser emporter par la vanité humaine et de croire escalader le ciel*, lorsqu'il s'explique comment il lui semble que les médicamens guérissent les maladies? Peut-on, de bonne foi, critiquer la manière dont un homme se rend compte d'un fait, quand d'avance il déclare n'attacher d'importance qu'au fait même?

Vanitas vanitatum !

Le médecin qui veut dynamiser une substance, la silice, par exemple, en met une petite quantité, un grain dans un mortier avec du sucre de lait, une centaine de grains (1), et il frotte le tout pendant une heure avec la meule.

Le physicien place son barreau dans l'axe du magnétisme terrestre et dans une inclinaison donnée, puis il le frappe sur la pointe avec un marteau.

Il répète les coups jusqu'à ce que la force latente dans le fer soit développée.

Le médecin réitère ses triturations en mettant un grain de celle qui a été faite la dernière, avec du nouveau sucre de lait, jusqu'à ce que la force latente de la silice soit développée.

Le physicien prend son barreau, qui est devenu un aimant, et, par le frottement, il en aimante un second, un troisième, un millième, un nombre infini; chacun de ces aimans peut servir à en faire d'autres, etc.

Le médecin prend un grain de la troisième ou de la quatrième dynamisation avec le sucre de lait, il le fait dissoudre dans une centaine de gouttes d'alcool aqueux, et cet alcool reçoit au moyen de deux à trois secousses, toute la force développée de la silice et communiquée au sucre de lait. Une goutte de cet alcool portée dans 100 autres gouttes d'alcool pur, en fait un nouveau liquide médicamenteux, possédant la même force que le premier, etc.

Certes, s'il n'y a pas là identité de procédé, il y a au moins une bien grande similitude. Mais poursuivons.

La force développée dans le barreau y reste fixée et s'y conserve tant que celui-ci conserve sa forme métallique.

La force développée de la silice reste fixée sur le sucre de lait et s'y conserve tant que celui-ci n'est pas altéré.

Des expériences nombreuses et variées ont constaté l'action de ces deux forces sur l'économie animale, et nul expérimentateur ne saurait méconnaître que l'analogie (2) qui existe entre ces deux actions est au moins aussi grande que celle du mode de développement des forces qui les produisent. Nul, surtout, ne s'est avisé ni ne s'avisera d'attribuer celle du magnétisme à la présence, à l'absorption de quelques molécules atomistiques.

Etant ainsi données deux forces analogues dans leur mode de développement, de transmission, de propagation, de conservation et d'action sur l'économie animale, n'est-il pas logique d'appliquer à l'une tous les raisonnemens qui seuls peuvent rendre à notre intelligence, d'un manière plausible, les nombreux effets de l'autre? Ne faut-il pas toute la force des habitudes anciennes, et toute celle des préjugés pour nous porter à faire, de gaieté de cœur, violence à notre raison, au point d'attribuer aux atomes que donnerait la décillionième partie d'un grain de silice, une action dont n'est point capable ce grain entier? pour nous porter à soutenir que moins et supérieur à plus?

La réponse ne saurait être négative; cependant c'est contrairement à cette réponse que nous raisonnons, lorsque nous supposons qu'un médicament agit par la présence matérielle de ses molécules portées dans les organes.

Ceci renverse du coup l'échafaudage physiologique élevé sur la théorie de l'absorption, de même que toutes les doctrines qui font résulter le symptôme de l'action du miasme, ou agent pathogénétique porté aux organes (il n'y a rien d'absorbable, rien de transportable là où il n'y a rien de matériel), et nous conduit directement à la pierre angulaire de l'homœopathie, au point qui la distingue de toutes les écoles qui l'ont précédée, la manière dont elle s'explique le mode d'action des agens pathogénétiques et comment sont produits les phénomènes qui résultent du développement de leur action, les symptômes.

Tout en répétant avec notre maître que *peu nous importe la théorie scientifique*, nous allons exposer celle-ci avec quelques détails, persuadés que les faits les plus exacts et les plus positifs ne sont que des masses indigestes et de la matière morte, s'ils ne sont vivifiés et unis par les liens du raisonnement.

Déjà nous avons effleuré la matière dans un précédent article, mais nous l'avons traitée d'une manière trop incomplète pour ne pas devoir y revenir : nous y avons été invités d'ailleurs par quelques observations de confrères estimables.

Il est une force qui distingue l'être qui vit, de celui qui ne vit plus, c'est la force vitale, ou la vie. Elle se manifeste par deux ordres de signes ou phénomènes; phénomènes d'action et phénomènes de réaction. — Ces derniers lui étant plus particuliers, nous occuperont plus spécialement.

On ne saurait concevoir un être sans force d'action; elle appartient à tout ce qui est dans l'univers; mais la force de réaction appartient aux êtres organisés seuls, à ce qui vit.

A une action donnée, le corps inorganique ne résiste que par une opposition passive dépendante de son volume et de sa masse; l'être vivant résiste de plus par réaction vitale.

Soient pris deux êtres, l'un inorganique et l'autre organique; qu'ils soient plongés dans un milieu plus froid

---

(1) La précision matémathique est inutile : on développe la force d'une substance avec 10, 40, 80 grains de sucre de lait, et tous les intermédiaires à ces nombres, aussi bien qu'avec 100, et pour les dynamisations liquides 90 gouttes d'alcool et même 110, donnent les mêmes résultats que 100; il suffit dans une opération d'user de quantités toujours à peu près égales et peu considérables.

(2) Cette analogie s'entend seulement de leur mode d'action, mode purement dynamique, et non du développement de cette action sur l'organisme, où elle produit des séries de phénomènes totalement différens.

que celui où on les prend, de l'eau, par exemple; le corps inorganique agira sur ce nouveau milieu en élevant sa température et lui cédant de son calorique, jusqu'à ce qu'il soit en équilibre avec lui. Le corps organique cèdera aussi de son calorique, mais il ne se mettra pas en équilibre; il conservera une température à lui propre (1).

Que ces deux corps soient retirés du milieu froid et replacés dans celui où ils étaient primitivement, le contraire de ce que nous venons de dire aura lieu pour l'être inorganique; il recevra du calorique des corps ambians, jusqu'à rétablissement d'équilibre; il reprendra ce qu'il avait donné; le corps organique, par réaction vitale, développera en lui une chaleur supérieure à celle qu'il avait avant son immersion.

Cette force de réaction précisée et exactement appréciée par Hahnemann, le premier, se retrouve dans l'exercice de toutes nos fonctions: c'est elle qui élève le pouls et colore la face après l'ingestion des alimens, qui rend à l'animal la force qui lui échappait, presque aussitôt qu'il a commencé son repas; c'est elle qui dispose l'organisme et qui préside aux fonctions de digestion, d'absorption et d'assimilation; c'est elle qui fait que le front de la jeune vierge rougit par l'effet seul d'un geste, d'un propos, d'un regard; et c'est par elle que s'exécutent toutes les fonctions de la génération. Tant qu'elle reste dans certaines limites qui nous disons normales, elle n'est pour nous que l'exercice des fonctions vitales; mais si la vie est lésée ou seulement troublée par un agent quelconque, ses efforts de réaction dépassent leurs limites ordinaires, et ils nous apparaissent dans un état anormal. Les phénomènes par lesquels ils se manifestent ne sont plus réguliers ou physiologiques, ils sont anormaux ou pathologiques; ils sont symptômes de maladie.

Rendons cela plus sensible par un exemple.

Étant donnés deux individus de même âge, de même force, de même sexe et aussi semblables que possible par l'ensemble de leur constitution; qu'on les suppose tous deux pressés par le besoin de manger, abattus même par ce besoin, et qu'on fasse prendre à l'un un potage succulent et à l'autre un semblable potage, auquel on aura incorporé un agent pathogénétique quelconque; on verra celui des deux sujets auquel on aura donné le potage pur, restauré presque aussitôt; avant qu'aucune digestion ait été faite, sa figure s'est colorée, son pouls a pris de l'élévation, la vie a réagi contre l'action dynamique de la substance alimentaire, tout l'organisme est remis en activité normale et la digestion se fait d'une manière régulière, les phénomènes que présente l'individu ne sont, pour l'observateur, que l'exercice des fonctions vitales.

Il n'en est point de même chez l'autre sujet; les phénomènes de réaction, qui d'abord semblent normaux et ne pas différer de ceux de son camarade, ne tardent pas à dépasser les bornes ordinaires, la force vitale exalte sa réaction pour résister à l'action de la force qui tend à lui nuire, et tous les phénomènes qu'elle produit ne sont plus dans l'ordre normal des fonctions vitales; ils ne sont plus physiologiques, ils sont symptômes d'un état anormal, d'un état pathologique.

De ceci découlent de grandes vérités!... La première est que les symptômes qui constituent un état pathologique et qui, seuls, peuvent le faire apprécier à l'observateur, sont le résultat de la réaction de la force vitale qui, pour résister à l'action d'une force qui la trouble ou lui porte atteinte, s'exalte outre mesure et sort des limites voulues, pour apparaître sous la forme normale des fonctions vitales; ou, en d'autres termes, que toute maladie est le résultat des efforts que fait la la force vitale pour conserver son intégrité ou la récupérer.

La seconde est que cette faculté de réaction de force vitale se trouve être la véritable force médicatrice de la nature dont on a tant et si diversement parlé sans jamais la préciser, et que l'unique, le seul véritable but du médecin, s'il veut être l'homme de Bâcon, *naturæ minister et interpres*, doit être de chercher à la seconder et à l'aider, sans jamais la contrarier ni la troubler. Il doit agir avec elle et de la manière *la plus semblable possible* à la sienne.

Ainsi se trouve démontrée par le raisonnement, la vérité du principe *similia similibus* que nous avons montrée d'abord comme étant l'expression des faits; mais pour user des *semblables* il était indispensable de les connaître, et de les connaître avec cette précision et cette exactitude que doit désirer tout homme consciencieux chargé du soin de la santé et de la vie de son prochain.

Il fallait pour procéder un repère unique, un point de départ toujours le même en tous temps et en tous lieux, un moyen scientifique enfin; il fallait expérimenter les médicamens sur l'homme sain, et constater tous les résultats du développement de leur action.

Cette œuvre immense a été entreprise par Hahnemann, et le produit des travaux de ce génie infini, aidé de quelques disciples laborieux autant qu'instruits et zélés, est devenu un monument impérissable qui montrera à tout jamais, qu'avant lui, la médecine considérée comme art de guérir, n'était qu'un art sans règles et purement spéculatif; car, en admettant, ce que nous sommes loin d'accorder, qu'on peut guérir par les *contraires* ou les *différens* de toutes nuances, on était sans moyens de les reconnaître et de les apprécier: on n'a eu jusqu'à lui que des inductions vagues, des données incertaines, tirées d'analogies plus vagues encore et de

(1) La nature ne fait pas de sauts, personne ne l'ignore; tout y est tellement lié qu'on peut à bon droit envisager toutes les forces qui régissent les êtres divers comme des modifications d'une seule et unique. Il n'est point de limites positives entre le minéral et le végétal; il n'en est point non plus entre le végétal et l'animal; il faut donc, pour bien sentir la force de notre raisonnement, prendre deux êtres bien déterminés: un minéral parfait et un animal des plus élevés dans l'échelle de l'organisation.

la connaissance plus qu'imparfaite qu'on a pu acquérir de l'action des médicamens *ab usu in morbis*, d'où il résulte que pour faire de l'allopathie d'une manière qui ne soit pas de l'empirisme le plus brut, pour préciser ce qu'on entend par *contraire*, *différent* ou *dissemblable*, il faut étudier la pathogénésie (1).

Sous ce point de vue, l'allopathie, en lui accordant autant de valeur et de vérité qu'elle en a peu, ne saurait devenir une science que quand elle sera entrée dans les voies que suit l'homœopathie, et il reste évident que, malgré le dédain dont elle honore cette dernière, elle lui devrait sa régénération, si elle était possible.

La pathogénésie que nous avons dite une œuvre immense, un monument impérissable, peut justifier la valeur de toutes ces épithètes, car rien d'aussi gigantesque n'a été entrepris en médecine; elle porte cependant en elle un défaut qu'il importe de signaler : le défaut d'annotation indiquant les symptômes résultant de l'action des substances dynamisées et ceux résultant de l'action des substances administrées à l'état brut ou à celui de simples teintures.

En le faisant, loin de nous l'idée de critique et plus encore celle de blâme; son illustre fondateur et les savans qui l'aidaient, ne pouvaient faire mieux. En principe, les dynamisations n'étaient point connues, et plus tard elles n'étaient point suffisamment appréciées; mais il n'en est plus ainsi, et nous le signalons pour que les hommes qui consacrent leur temps à l'avancement et au perfectionnement de cette importante partie de l'art de guérir, veuillent bien l'éviter; il y a devoir de conscience à le faire : il est facile de l'établir.

La dynamisation exalte, accroît la force active des substances. On trouve dans une dynamisation quelconque de *bellad.* une force qui n'est point au même degré dans une goutte entière de son suc propre, pur (2).

Elle en développe chez des substances qui en paraissent dépourvues à leur état brut; ainsi la silice, le charbon, le lycopode, l'alumine, peuvent être ingérées impunément par grains et scrupules; et après dynamisation suffisante quelques-unes des plus petites parcelles de goutte d'une des dynamisations suffisent pour produire une action sensible sur l'organisme.

Elle fait ressortir d'une substance d'ailleurs active, une force capable de produire des phénomènes entièrement différens de ceux que produit l'action de la substance ingérée brute en quantité même considérable. Ainsi le sel de cuisine, *natron muriaticum* de la pathogénésie, substance que nous prenons chaque jour par poignées dans nos alimens, donne, par dynamisation, une force capable d'une action bien différente de celle de la substance brute, et qui lui est bien supérieure.

Trois ordres de faits résultent donc de la dynamisation des substances dont nous faisons des médicamens; mais ces trois ordres sont loin de reconnaître des limites, et les points de contact qu'ils peuvent avoir entre eux sont insaisissables. S'il est quelques médicamens qui peuvent leur servir de type, il n'en est peut-être pas qui ne participent plus ou moins à tous les trois; et, rigoureusement parlant, il n'est pas un agent qui, par dynamisation, ne produise une force différente de celle qu'on peut lui assigner dans son état brut.

Si telle est l'expression des faits, faits que retrouve chaque jour sous sa main le praticien qui se donne la peine de préparer lui-même ses médicamens et qui fait des essais comparatifs, il reste démontré que, pour l'expérimentation sur l'homme sain, il ne faut employer que des substances dynamisées ou indiquer par quelque signe particulier les phénomènes résultant de l'action des substances brutes.

Sans de telles précautions, quelles sources d'erreurs ne crée-t-on pas, et combien n'en a-t-on pas consacré faute de les avoir prises jusqu'ici? Ne sont-ce point là les principales causes des non-succès journaliers que nous avons, lors même que nous croyons avoir fait les meilleurs choix de médicamens? C'est un grand défaut de la pathogénésie dans son état actuel : tout ami de la science doit travailler à l'effacer.

Il est une autre faute dans la pathogénésie dont se sont rendus coupables un certain nombre d'expérimentateurs qui n'avaient point complètement dépouillé le

---

(1) Le mot *pathogénésie* me paraît plus propre que la périphrase *matière médicale pure*, pour exprimer l'idée qui doit être rendue, et celui de *pharmacodynamie* employé par quelques écrivains, dans le même sens, doit être exclusivement réservé pour exprimer l'art de préparer et de conserver les médicamens. Il faut, dans une science, que tout soit exact, surtout le langage.

(2) Le Dr L.-C. Dufresne s'est donné divers malaises entre autres des accès fébriles qui reparaissaient chaque jour, avec quelques gouttes de suc du *menyanthes trifoliata* coupé de partie égale d'alcool, quoique quelque temps auparavant, il eut mâché et sucé impunément une quantité de cette même plante, capable de produire trente fois plus de suc qu'il n'en avait pris dynamisé par ce simple mélange.

Le Dr Gastier a fait tomber en peu de jours sur une jeune vache des fics ou verrues pesant plusieurs livres, avec quelques gouttes d'une dynamisation de *dulcamara*, quoique, quelques semaines auparavant, il lui eût fait manger, sans succès, plusieurs matins consécutifs, des quantités assez considérables de cette même plante fraîche.

Nous même, nous avons donné sept matins consécutifs une petite tasse (environ quatre onces) de suc pur de *taraxacum* à un sujet fort impressionnable, sans qu'il en soit résulté aucun phénomène notable. Après la huitième seulement, parurent quelques-uns des symptômes gastriques que produit l'action de cet agent. Deux mois plus tard, et dans des circonstances absolument semblables, quatre globules saccarins imprégnés d'une dynamisation à la seconde puissance du même agent, furent administrés au même sujet dans trois cuillerées d'eau qui furent bues en trois fois, trois matins consécutifs, et les phénomènes qui en résultèrent furent sensiblement plus prononcés que les premiers.

vieil homme. Au lieu de décrire les phénomènes qu'ils observaient, ils ont voulu en exprimer des groupes par des expressions consacrées en allopathie, et par ce mode de faire, contraire aux véritables principes de l'hmœopathie, ils sont devenus inintelligibles.

Que signifient, en effet, les expressions d'*inflammation arthritique*, *catarrhale* en parlant de l'œil? celles de *douleurs rhumatismales* en parlant des dents, etc.? Rien, rigoureusement rien. L'expérimentateur ne doit être qu'observateur, et l'observateur ne doit que décrire; il doit le faire en termes exacts, précis, propres à rendre la même idée à tous les lecteurs, et bannir tous ceux qui peuvent l'éloigner de ce but.

L'homœopathie, régulière dans sa marche autant qu'elle est sûre dans ses principes, doit proscrire à jamais toutes ces expressions vides de sens, usitées en allopathie et commodes pour masquer l'ignorance du médecin qui est obligé, sous peine.... de donner toujours un nom à un état maladif. Qu'une douleur soit fixée à la tempe ou au pied, à une oreille ou à un orteil, aux dents ou aux genoux, à la face ou à la fesse, au cœur ou à l'estomac, au dos ou à la cuisse; qu'elle paraisse le matin ou le soir, à midi ou à minuit; qu'elle soit aiguë ou sourde, lancinante ou crampoïde, peu importe au médecin allopathe : c'est du *rhumatisme* ou de la *goutte;* et avec ces mots, vagues mais commodes, qui disent tout ce qu'on veut et qui ne disent rien pour l'homme qui pense, il satisfait tout le monde; il arrive à se satisfaire lui-même, car il est de l'homme d'être content de lui quand les autres le sont.

Jusqu'ici l'inconvénient n'est pas grand, il ne s'agit que de science ou d'ignorance, d'amour-propre satisfait ou de poudre jetée aux yeux du malade et de ses alentours; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'appliquer quelques moyens curatifs parce qu'alors il faut toucher à la vie de l'individu.

L'expression de rhumatisme amène tout aussi naturellement au médecin allopathe l'idée de vésicatoire, de sangsues, de ventouse, que celle de ver-à-soie apporte l'image du mûrier à l'agronome ou au naturaliste; et quoiqu'il proteste contre les entités maladives, contre la personnification des phénomènes, il n'en agit point autrement, il n'a aucun moyen de le faire. Toutes ces affections, quoique bien différentes, sont traitées conformément à la routine, comme tous les vers-à-soie sont nourris avec la feuille du mûrier. Si ses insuccès et l'impatience du malade le font varier, le changement n'est qu'apparent; le lieu d'action, la surface à laquelle il s'adresse sont différens, mais ses idées et ses vues sont les mêmes. Il irrite la surface gastro-intestinale par vomitifs et purgatifs au lieu de s'en tenir à la peau, et le résultat est un grand mal au lieu d'un petit.

En voilà suffisamment pour motiver l'importance que doit attacher le vrai médecin à ne pas se laisser aller à l'influence des noms, et pour l'engager à décrire les phénomènes qu'il observe, sans les personnifier. Revenons au premier défaut que nous avons signalé dans la pathogénésie actuelle, et hâtons-nous de dire que pour les substances végétales, c'est-à-dire pour les sucs propres des végétaux, la pharmacodynamie change peu la nature de leur force active; que si elle ne reste pas *eadem*, elle reste toujours *similis* et le plus souvent *simillima;* de telle sorte que les inconvéniens pour la pratique sont réellement moindres qu'ils ne le paraissent d'abord. Mais ces modifications ont tout naturellement porté l'homme sagace à se faire cette question :

Si on guérit un mal donné par un semblable, et si le meilleur antidote d'un agent pathogénétique déterminé est celui qui a avec lui la plus grande affinité similaire, ne serait-il pas possible que la force active d'une substance modifiée par la dynamisation fût un des meilleurs agens à opposer aux effets de cette substance employée à l'état brut? que le mercure, par exemple, après avoir subi toutes les opérations de la pharmacodynamie, fût un des meilleurs moyens thérapeutiques à opposer aux maux produits par les frictions avec l'onguent napolitain?

De la question au fait il n'y avait qu'un pas; ce pas a été fait, et le résultat a été conforme à l'attente autant qu'il l'était aux lois de l'homœopathie. Ainsi est née cette branche si importante mais si neuve encore de la thérapeutique, qu'on a dite si mal à propos *isopathie*, et qui, par cette dénomination même, semble quelque chose d'étranger à la science, ou quelque sœur cadette qui va rivaliser avec son aînée et même l'éclipser, quoique, au vrai, elle n'en soit qu'un pur développement.

Ce développement, il est vrai, est une des plus brillantes découvertes, la plus précieuse, peut-être, qu'ait faite l'esprit humain; et il suffit d'en énoncer les conséquences pour l'avoir prouvé. L'homme a trouvé le moyen d'utiliser, pour sa conservation et pour celle des animaux, les venins, poisons, miasmes et virus de toute espèce qui jusqu'ici n'avaient été que des agens de destruction, des agens souvent inévitables, et plus souvent encore des sources de maux sans remèdes, il trouve dans chacun d'eux, par la dynamisation, un des meilleurs antidotes à leur opposer; il anéantit ainsi de fait ce dualisme apparent de forces destructives et de forces conservatrices; il arrive plus que jamais à dominer toute la création et à montrer que tout y est bien, puisque tous les agens pathogénétiques peuvent être convertis en agens de guérison ou de conservation.

Nous terminerons par un fait propre à confirmer toutes ces vérités.

Le jeudi 4 septembre 1834, le sieur Jean Fontanet, de Veyrier, ouvrier agriculteur âgé de 40 ans, fort et bien constitué, est venu réclamer mes soins pour l'état pathologique dont voici la description :

Enflure élastique rénitente, ayant quelques rapports de similitude avec l'emphisème, et occupant toute la partie latérale gauche du cou depuis la pointe de l'épaule jusque sous l'oreille et à moitié de la joue, et depuis les apophises épineuses cervicales et le haut du dos, jusqu'à la trachée artère et la partie supérieure de la poitrine. Au centre de cette enflure, sur le trajet de la carotide, de la jugulaire et du muscle sterno-cléido-mastoïdien, tumeur ovale-alongée d'avant en

arrière, longue de trois pouces et large de un et demi, présentant un centre noir, sec et complètement gangrené de 18 lignes de long sur 9 à 10 de large, et une aréole vésiculeuse, formant bourrelet, de 9 à 10 lignes de large. — Vésicules du bourrelet aréolaire remplies d'une sérosité presque blanche à la partie extérieure, puis jaune, rousse, brune, et enfin noirâtre à mesure qu'elles se rapprochent du centre. Il ne suinte du tout qu'un peu de sanie noirâtre et fétide; peu de douleur; sentiment de stupeur et d'étranglement de la partie, accompagné de quelques sensations passagères de cuisson et d'un malaise de tête momentané que le malade compare à des vapeurs qui traverseraient cet organe. Tête inclinée sur le côté droit et impossibilité de la mouvoir sans douleurs assez vives le long des muscles postérieurs du cou, à la nuque surtout. Bouche entr'ouverte par suite du gonflement de la joue, et écoulement de salive sur le menton, surtout quand le malade est couché sur le côté ou un peu incliné en avant. Visage pâle, hâve, affaissement général, sueur sans coloration ni chaleur de la peau qui puisse la motiver (1). Pouls élevé et mou, sans vitesse; langue humide d'un pâle légèrement bleuâtre; appétit faible, altération nulle, estomac et ventre en assez bon état, fonctions normales et tous les viscères pectoraux sans altération.

Le malade interrogé sur l'origine et la marche de cette affection, répond :

« Jeudi, 28 août, fauchant à l'ardeur du soleil, sans autre vêtement que mon pantalon et ma chemise, je sentis, dans l'après-midi, une démangeaison au cou et j'y portai la main à diverses reprises pour me gratter; après la démangeaison, arriva un peu de cuisson, et l'après-midi un camarade me dit que j'y avais une petite tache rouge comme une piqûre de moucheron ou de puce; la démangeaison ne fit qu'augmenter, et la petite place devint dure, dans le commencement de la nuit. Je dormis passablement, et à mon réveil mon premier mouvement fut de me porter la main au cou; la dureté avait augmenté, elle me semblait, au doigt, comme la moitié d'une petite fève applatie, il y avait au milieu une vessie pleine d'eau rousse, et quand elle fut percée je me crus guéri. Je fus à mon travail comme de coutume, mais sans courage; la démangeaison revint, de même que la cuisson et un peu d'enflure; tout s'augmenta à mesure que la chaleur du jour devenait plus forte. L'après-midi je pus à peine me traîner, je ne travaillai que par force, la place de la vessie rompue le matin devenait noire et elle se bordait d'autres petites vésicules; la dureté et l'enflure étaient fort augmentées à l'entrée de la nuit; je me couchai presque sans avoir mangé; j'eus de l'assoupissement mais peu de bon sommeil, et le lendemain, samedi, je fus bien malade. La place noire s'était élargie, de même que les vessies qui la bordent; l'enflure avait beaucoup augmenté; j'avais mal à la tête, de la fièvre, je gardai le lit et j'étais sans appétit. La nuit ne fut pas bonne, tout allait croissant et l'enflure était déjà jusqu'à l'épaule et sous le menton, dimanche matin. Dans la matinée, je saignai par le nez assez copieusement, et mon mal de tête diminua; le reste du mal augmenta peu, et la fièvre disparut dans la nuit, qui fut meilleure que la précédente. Lundi et mardi je fus mieux, je me levai et je crus que j'allais guérir; l'enflure du devant du cou, et celle de dessous le menton qui me gênait le plus, avaient un peu diminué; la tumeur n'avait presque pas changé. Depuis hier matin tout s'est de nouveau gâté, je suis moins bien, la tumeur a grossi en tout sens et l'enflure a repris sa marche croissante; elle a peu augmenté dans le cou, mais elle a envahi tout le derrière de la tête que je ne puis tourner depuis hier soir; cette nuit elle a gagné l'oreille et la joue. Je souffre peu, mais je ne suis bon à rien; le mal m'écrase et il faut toujours que je sois couché ou assis. Je ne puis même pas rester bien long-temps dans cette dernière position, la tête est lourde, son poids me fatigue. J'ai été assoupi cette nuit, sans bon sommeil, et ce matin j'ai eu bien de la peine à me traîner pour arriver chez vous. »

Nous ne disserterons point sur l'essence de cette affection, ce serait contraire à nos principes et contraire à la raison, car plusieurs fois déjà nous avons établi que l'essence des maladies tient à l'essence de la vie. Nous ne discourerons point non plus pour établir un diagnostic, tout médecin qui a jamais vu le développement de l'action du miasme de l'*antrax* (1) dit *antrax malin, pustule maligne* ou *pustule charbonneuse*, le retrouve tout entier dans le narré de Fontanet et il

(1) La matinée était belle, le temps fort chaud, et le malade venait de faire à pied une marche de 25 à 30 minutes.

(1) Que le lecteur critique veuille bien ne pas nous juger en opposition avec nous-même si nous admettons ici des noms après avoir blâmé leur influence et demandé leur proscription. Nous savons qu'il faut des mots pour s'entendre, et que leur valeur ou leur signification est positive dès qu'elle est convenue et admise par la généralité; mais il ne saurait y avoir de convention positive ni d'admission générale lorsqu'il y a variation constante dans l'ensemble qu'on veut désigner par ce nom.

Lorsqu'il y a quelque chose de fixe, de positif, comme dans les affections miasmatiques, variole, vaccine, syphilis, antrax, etc., nous sentons et nous disons qu'il faut désigner ce *quelque chose* par un nom : *variolin* ou *varioline*, *vaccin* ou *vaccinine*, *syphiline*, etc ; voilà pour le *quelque chose*, soit miasme ou virus, et le développement de son action sur l'organisme; la maladie qu'il produit sera la *variole*, la *vaccine*, etc., toujours reconnaissable en tous temps et en tous lieux malgré les variations qu'elle peut subir. On ne saurait en dire autant des mille et une nuances d'irritation ou de douleur névralgique, qu'on dit en allopathie rhumatisme ou goutte, etc.

Dans l'espèce qui nous occupe, le mot *antrax* doit être exclusivement réservé au développement de l'action de son miasme, l'*antracine*, à cette espèce de pustule toujours apportée par inoculation chez l'homme, des animaux chez lesquels elle se développe spontanément, le bœuf et le mouton surtout. Il doit être abandonné pour désigner ces tumeurs gangréneuses, spontanées, qui ne sont que de gros furoncles.

le voit arrivé à son troisième période dans le tableau que nous avons donné des symptômes.

Si nous passons au pronostic de cette affection pathogénétique, on voit d'entrée que la vie de l'individu était gravement compromise, qu'elle était épuisée par les efforts réactionnaires qu'elle faisait inutilement depuis huit jours; surtout par ceux qui avaient amené l'état tumultueux et fébrile du samedi et du dimanche, que le moment de calme, le temps d'arrêt qu'elle avait eu le lundi et le mardi n'ayant pu lui ramener l'ordre normal des fonctions, elle aurait évidemment succombé dans la lutte qui s'était renouvelée avec plus de force depuis le mercredi.

Sous le point de vue topique on ne trouve rien de plus satisfaisant: la gangrène avait porté ses ravages jusque dans les tissus sous-cutanés, tout près de la carotide, de la jugulaire et des nerfs qui les accompagnent; l'enflure qui gagnait le haut de la poitrine et le devant du cou, allait gêner la respiration comme déjà elle l'avait fait de la circulation; la mastication était impossible depuis qu'elle avait envahi la joue; tout, en un mot, concourait à rendre fâcheux le pronostic, et si nous n'eussions eu pour moyens curatifs que le fer et le feu ou des caustiques d'une application plus incertaine et plus difficile encore, nous n'aurions pas balancé à déclarer une mort prochaine presque assurée.

Tels étaient les termes d'un problème tout-à-fait nouveau pour nous dans l'homœopathie, et quoiqu'elle nous offre des moyens de guérison bien supérieurs à tout ce qui est à la disposition du médecin selon les écoles régnantes, nous devons avouer que nous n'étions pas sans hésitation et sans inquiétude.

Parmi les agens divers que présente la pathogénésie, comme propres à aider la force médicatrice de la nature dans un travail de si haute importance, il fallait choisir le meilleur; tout tâtonnement était interdit par l'urgence. L'*antracine* dynamisée nous parut préférable et elle fut administrée comme suit : deux globules 10e puissance furent placés sur la langue du malade, deux autres furent mis en solution dans six cuillerées d'eau qui devaient être prises de quatre en quatre heures, et quatre dissous dans huit onces d'eau aiguisée d'un peu d'eau-de-vie, furent destinés à servir de topique en en humectant des compresses. — Eau sucrée et décoction de gruau pour tisane et nourriture.

Le malade s'en retourna comme il était venu et je le visitai le soir à sept heures. Il était au lit, présentait un aspect et un maintien qui annonçaient du mieux-être, l'enflure avait diminué sous l'oreille et à la joue; du reste, aucun changement. La première des six cuillerées avait été prise à midi et la seconde à 4 heures; — même prescription que le matin; troisième cuillerée à prendre à 8 heures, et quatrième le lendemain matin seulement à quatre heures. Le lendemain, 5 du mois, à dix heures du matin, l'amélioration est grande, l'enflure a considérablement diminué, la tumeur peut être saisie et ne fait plus masse avec les parties adjacentes, les mouvemens de la tête sont libres, la bouche et le cou sont complètement dégagés et le malade demande de la nourriture; il a eu dans la nuit un assez bon sommeil et une transpiration fort abondante, tous les linges ont été mouillés, le pouls est normal. — Plus de remèdes intérieurs, même application de compresses, même boisson, gruau un peu plus épais pour nourriture.

Le 6, à la même heure, le malade est très-bien, il demande de la nourriture et à se lever, l'enflure est presque nulle, toutes les vessies qui formaient le bourrelet aréolaire de la tumeur sont flétries et vidées, et l'épiderme se détache; — pansement avec de la charpie sèche; le malade peut se lever et prendre de la nourriture solide avec modération.

Le 7, tout va bien, — même pansement, lavage avec de l'eau pure.

Le 8, tout l'épiderme, décollé par les vessies, est tombé, il n'y a pas presque pas d'enflure, l'escare est cernée, même prescription que la veille.

Les 9, 10, 11 et 12, pansemens matin et soir avec de la charpie sèche; le malade s'occupe de travaux peu fatigans dans son jardin et dans sa maison. L'escare n'est pas tombée.

Le 16, il est présenté à la réunion de la Société gallicane et soumis à l'examen des praticiens qui la composaient; le pansement est toujours le même, point de médicamens intérieurs.

Le 19, l'escare est tombée, les bords de la plaie sont enflammés, quelques petits boutons sont survenus autour, *rhus* $\frac{\cdot\cdot}{x}$.

L'inflammation est tombée dans 24 heures, et huit jours après la cicatrice était faite.

Un tel fait porte à de bien grandes réflexions sur la puissance des virus dynamisés et le parti qu'on peut en tirer, sur le résultat prompt et facile obtenu, et sur la différence de ce résultat comparé avec celui qu'aurait donné la pratique allopathique, même en le supposant le plus heureux et le plus fructueux possible; nous les abandonnons au lecteur qui ne peut trouver que satisfaction à s'y livrer.

CORRESPONDANCE.

—

LETTRE DE HAHNEMANN.

Le Bureau de la Société homœopathique gallicane ayant adressé à Hahnemann le diplôme *unique* de *membre d'honneur*, en a reçu la lettre autographe suivante, écrite en français.

A LA SOCIÉTÉ HOMOEOPATHIQUE GALLICANE.

Messieurs et très-honorés confrères!

J'ai reçu tardivement votre lettre du 12 mai 1834. Je suis profondément touché des sentimens que vous

avez eu la bonté d'éprouver pour moi, et que vous exprimez d'une manière si délicate par l'entremise de votre honorable secrétaire; — j'accepte avec reconnaissance le titre de *membre d'honneur* que m'apporte le diplôme joint à votre lettre et vous prie d'agréer mes sincères remerciemens pour cette gracieuse attention.

Notre art bienfaisant fait des progrès en France, me dites-vous et me disent aussi d'autres nouvelles; — la Société qui vient de s'établir à Paris et qui m'a nommé son Président d'honneur en est une heureuse preuve. J'aime la France et son noble peuple, si grand, si généreux, si disposé à la réforme des abus, à l'adoption du nouveau et du mieux; cette prédilection vient encore de s'augmenter dans mon cœur par mon mariage avec une Française digne de son pays.

Que Dieu, dont je ne suis que l'instrument, bénisse vos efforts, à vous tous qui travaillez avec moi à la réformation médicale si nécessaire au bien des hommes. — Aveugles qu'ils sont parfois encore, faisons-leur ce bien malgré eux; plus tard ils nous en sauront gré, car notre principe est, comme la lumière, une des grandes vérités de la nature.

Je fais des vœux pour vous, Messieurs, et me recommande à votre souvenir et à votre amitié.

Salut et bonheur.

SAMUEL HAHNEMANN.

Cœthen, ce 6 février 1835.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

AVRIL 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Observations de ligature des artères axillaire, cubitale et tibiale postérieure, avec quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques et leur traitement; par M. Bérard *aîné, professeur de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

Plusieurs faits relatifs à des blessures d'artères ont été rassemblés dans le cinquième n° de la *Gazette médicale*, pour l'année 1834. Sur le rapprochement de ces faits et leur comparaison, le rédacteur de la partie chirurgicale du Journal établit quelques corollaires parmi lesquels j'ai remarqué le suivant : « Toutes les fois que la ligature à la méthode d'Anel a été appliquée immédiatement après l'accident, elle a réussi de la manière la plus complète. Artères radiale ou humérale, fémorale ou tibiale, le résultat a été le même. Au contraire, quand la ligature a été placée long-temps après l'accident, le retour de l'hémorrhagie par le bout inférieur a été un fait presque constant. »

C'est avec cette chance défavorable, c'est-à-dire en opérant assez long-temps après l'accident, que j'ai deux fois employé la méthode d'Anel, dans le courant de l'année dernière, et cependant le succès a été complet. J'ai, d'une autre part, été obligé de recourir à la ligature des deux bouts du vaisseau, dans un cas où la plaie était récente, et j'ai quelque raison de croire que la méthode d'Anel n'eût pas mis le blessé à l'abri des hémorrhagies par le bout inférieur.

Voici l'exposé succinct de ces trois observations qui me fourniront quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques : sujet étudié avec tant de persévérance et de succès, depuis une vingtaine d'années, qu'il reste à peine quelque chose à glaner pour ceux qui voudraient le traiter aujourd'hui.

Obs. Ire. — *Ligature de l'artère axillaire* (1). — Dans la nuit du 14 au 15 avril 1834, un voltigeur au huitième régiment de ligne fut blessé d'un coup de feu au membre supérieur gauche, au moment où il s'efforçait avec quelques camarades de défendre un poste peu éloigné de l'hôpital St.-Antoine. On comprendra facilement le trajet parcouru par la balle, si on veut se représenter la position du bras gauche pendant le temps de l'exercice où l'on arme le fusil. C'est dans cette situation que ce militaire avait été blessé. La balle avait fracturé le radius au-dessous de son extrémité supérieure, et passant au-devant de l'articulation huméro-cubitale, sans cesser cependant d'être contenue dans l'épaisseur du membre, elle avait labouré la partie interne et inférieure du bras, dans le trajet de l'artère humérale, et s'était arrêtée, sous les tégumens qu'elle soulevait, au-dessous de la partie moyenne du membre. Lorsque le blessé arriva à l'hôpital Saint-Antoine, mon frère, qui lui donna les premiers soins, hésita un instant sur le parti qu'il convenait de prendre à son égard. Le désordre était considérable, et l'amputation pouvait être nécessaire. En considérant, cependant, que l'articulation du coude paraissait intacte, mon frère essaya de conserver le membre. Il se disposa, en conséquence, à extraire la balle et les corps étrangers qu'elle pouvait avoir entraînés avec elle. Les tégumens furent incisés parallèlement à l'axe du membre, dans l'étendue de deux pouces; la balle fut saisie et retirée avec facilité. Il en fut de même d'une portion d'os qu'elle avait poussée devant elle. La balle était applatie et réduite au tiers de son volume. La portion d'os extraite parut avoir appartenu au radius. On remarqua alors, en explorant la plaie avec le doigt, que l'artère brachiale avait été dénudée et comme disséquée par la balle. Le bras fut entouré d'un cataplasme émollient; le malade fut saigné et mis à la diète.

Je passe sous silence les détails du traitement employé jusqu'au 29 avril. A cette époque, tout faisait espérer une heureuse terminaison lorsqu'il survint une hémorrhagie abondante. L'élève de garde s'en rendit maître par la compression qu'il exerça au moyen d'une bande roulée sur toute l'étendue du membre. Le lendemain l'hémorrhagie n'avait pas reparu; je recommandai de laisser l'appareil en place, et de maintenir le membre immobile. Les choses restèrent en cet état jusqu'au 2 mai. Rassuré alors sur l'hémorrhagie, je levai

(1) Un élève de mon service, M. Villemur, a recueilli les détails sur lesquels j'ai rédigé cette observation.

l'appareil, et la plaie fut soumise comme par le passé à des pansemens réguliers. Mais le 6 avril (le vingt-deuxième jour du traitement) le sang s'échappa tout-à-coup de la blessure avec tant d'abondance, qu'en un instant le lit du malade en fut inondé. Un tourniquet fut appliqué par l'élève de service; cet instrument fut laissé en place tout le jour. Prévenu de ce nouvel accident, je me rendis le soir même à l'hôpital. J'enlevai le tourniquet sans que le sang se montrât, et je remarquai que le *pouls se faisait sentir* à l'artère radiale. Néanmoins comme une troisième hémorrhagie eût été inévitablement funeste au malade, je me décidai de suite à lier l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle. C'était la seule portion du vaisseau qui fut accessible, la tuméfaction du bras s'élevant jusqu'à la partie supérieure du membre. Dans cette opération, pendant laquelle le malade perdit à peine une cuillerée de sang, j'eus l'occasion de reconnaître combien est important le précepte d'inciser beaucoup plus près du bord antérieur que du bord postérieur de l'aisselle; faute de m'y être scrupuleusement conformé, je rencontrai plusieurs des parties qui composent le plexus brachial, et la veine axillaire elle-même avant de découvrir l'artère. Celle-ci fut soulevée à son tour; on la vit battre sur la sonde qui l'isolait, et au moment où je la pressai avec le doigt, l'aide qui explorait le pouls à la radiale cessa de percevoir les pulsations de ce vaisseau. Je cessai à mon tour de presser l'axillaire, et les pulsations de la radiale reparurent. Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois, en sorte qu'il n'y eut pas le moindre doute que le but n'eut été atteint.

Le malade passa une assez bonne nuit. Dès le lendemain le gonflement du bras avait sensiblement diminué, et au bout de trois jours cette partie était revenue à ses dimensions naturelles. La plaie de l'opération se réunit, presqu'entièrement, par première intention, et bientôt elle n'offrit plus qu'un pertuis correspondant à la ligature. La plaie faite par la balle eut une marche moins rapide, sa cicatrisation ayant été retardée par le séjour de plusieurs portions d'os qui ne furent extraites que plus tard, et après avoir occasionné quelques abcès. Du reste, il n'y eut plus d'hémorrhagies, et lorsque le blessé quitta l'hôpital pour aller rejoindre son régiment, le pouls n'avait reparu à aucune des artères de l'avant-bras. L'articulation du coude offrait une grande rigidité.

Je désire fixer l'attention des chirurgiens sur une des circonstances du fait que je viens d'exposer. Je veux parler de la persistance du pouls au poignet, nonobstant la blessure de l'artère humérale, alors que l'hémorrhagie était suspendue et le tourniquet enlevé. La persistance des pulsations de la radiale aurait pu donner à penser, que le tronc brachial était intact et que le sang s'était échappé d'un vaisseau moins important; mais (sauf anomalie dans la division des vaisseaux), aucune autre artère que la brachiale n'eut pu fournir à des hémorrhagies *consécutives* si rapides et si abondantes. L'explication du phénomène qui nous occupe était facile à rencontrer; elle jetait, en outre, quelques lumières sur l'espèce de blessure dont l'artère était atteinte. Evidemment, l'artère n'avait été ni complètement coupée en travers, ni même divisée dans les trois quarts de son diamètre transversal car dans l'un et l'autre cas, le cours de sang eût été tout-à-fait interrompu des parties supérieures aux inférieures du vaisseau, et le pouls eût cessé de se faire sentir à la radiale jusqu'au moment où des anastomoses élargies y auraient ramené le sang. En conséquence de ce raisonnement, je dis aux élèves, que l'accident avait rassemblés autour du malade, que la solution de continuité du vaisseau n'occupait qu'une partie de sa circonférence; que cette solution de continuité était en ce moment remplie par un caillot qui résistait à l'effort latéral du sang, et mettait ainsi un obstacle momentané à l'hémorrhagie, sans interrompre la circulation dans le vaisseau. Or, un caillot latéral, retenu dans la solution de continuité d'une artère qui traverse une plaie depuis long-temps en pleine suppuration, ne restera pas long-temps adhérent au bord de la division du vaisseau; ce caillot sera entraîné par le pus et l'hémorrhagie reparaîtra. Il y avait donc urgence pour l'opération.

On voit qu'on peut établir quelques inductions diagnostiques et thérapeutiques sur la présence ou l'absence du pouls au-dessous de la blessure dans les cas de plaies des gros troncs artériels. Certes, les chances du retour de l'hémorrhagie sont loin d'être les mêmes dans les cas où une artère a été complètement coupée en travers, et dans ceux où il n'existe qu'une ouverture latérale au vaisseau. La suspension de l'écoulement du sang est souvent définitive dans la première de ces circonstances; elle l'est rarement dans la seconde; et s'il échappe à l'hémorrhagie, le malade verra presqu'inévitablement se développer un anévrysme faux consécutif, sur le trajet du vaisseau blessé. Il est donc plus urgent dans le second cas que dans le premier de recourir à des moyens hémostatiques permanens. Or, l'examen du pouls au-dessous de la blessure conduira quelquefois à distinguer ces deux cas l'un de l'autre.

On a vu, aussi, que la persistance du pouls au-dessous de la blessure m'a permis de faire, sur l'artère axillaire, les mêmes expériences que l'on conseille dans le cas où l'on opère un anévrysme, c'est-à-dire, que j'ai interrompu et permis les pulsations de la radiale, en pressant et relâchant alternativement le vaisseau soulevé par la sonde cannelée, ce qui ne m'a pas laissé douter que je n'eusse atteint le but que je m'étais proposé.

Faisons une autre remarque sur l'observation précédente. A part, le danger provenant de l'hémorrhagie, la situation du blessé pouvait être considérée comme extrêmement grave, vu la tuméfaction du membre, tuméfaction occasionée par l'application du tourniquet, et tenant à la fois du plegmon et de l'œdême. Il m'a paru que la ligature du tronc principal de ce membre avait modifié, d'une manière avantageuse, la marche de cette inflammation qui s'appaisa tout-à-coup faute d'aliment, si j'ose ainsi parler, l'abord du sang dans

les parties tuméfiées ayant tout-à-coup été empêché ou considérablement diminué par le lien serré autour de l'artère axillaire. Cette observation, qui n'a point été faite, que je sache, par les auteurs classiques de chirurgie, n'est cependant pas nouvelle, et j'ai quelque souvenir d'avoir entendu M. Gerdy signaler un effet analogue de la ligature de l'artère crurale, dans un cas de plaie de la cuisse par une arme à feu.

Si la ligature d'une grosse artère peut modérer la marche d'une phlegmasie, celle-ci, à son tour, n'est pas sans influence sur les conséquences de l'opération. Je m'explique : je suis convaincu que l'inflammation, siégeant dans un membre dont on lie l'artère principale, augmente les chances du rétablissement de la circulation par les voies collatérales, et notamment par la dilatation des petits vaisseaux. Ce n'est pas seulement le *vis à tergo* qui met en mouvement le sang dans les subdivisions de l'arbre circulatoire: une foule de faits, que je ne puis citer ici, démontrent que souvent l'afflux de ce liquide a lieu sous l'influence d'une sorte d'attraction ou d'aspiration opérée par les tissus vivans. Or, ce genre d'attraction est puissamment exercé par une partie enflammée.

Je ferai observer, en terminant mes remarques sur ce premier fait, que sur 34 individus qui ont subi la ligature de l'artère axillaire, et dont j'ai cité les observations à l'article *Axillaire* de la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine*, douze seulement ont été opérés pour des hémorrhagies provenant de la division de l'axillaire ou de la brachiale (les autres ayant été opérés pour des anévrysmes, soit spontanés soit consécutifs), et que sur les douze blessés, trois seulement ont guéri et neuf sont morts. Enfin, sur les trois qui ont guéri, un seul avait été opéré suivant la méthode d'Anel, pour une hémorrhagie provenant de la brachiale, comme dans le cas qu'on vient de lire. Les résultats de cette opération pour des tumeurs anévrysmales ont été beaucoup plus heureux.

Le pouls n'a jamais reparu à l'artère radiale de mon malade; la même chose a été observée plusieurs fois.

Obs. IIe. — *Ligature de l'artère cubitale.* — Je donne l'observation telle qu'elle est recueillie par M. Landau, interne dans mon service.

« Broux (Antoinette), âgée de 47 ans, cotonnière, entra à l'hôpital St-Antoine le 4 février et fut couchée à la salle Ste-Marthe n° 10. Le même jour, son avant-bras avait été pris dans un engrenage de filature de coton, et à la partie antérieure de cette région, au-dessus de l'articulation du poignet, on voyait une plaie qui avait environ deux pouces en hauteur et s'étendait à toute la largeur de l'avant-bras. L'aponévrose superficielle était déchirée, et aux bords interne et externe de l'avant-bras, les muscles faisaient hernie à travers elle. Les bords de la plaie étaient contus, rouges, et douloureux; au centre on voyait le cordon du grand palmaire mis à nu. Les doigts étaient rétractés et fléchis sur la main, tout l'avant-bras était gonflé et la paume de la main douloureuse.

Le 5 au matin, M. Bérard fit établir un appareil d'irrigation, il prescrivit une saignée et la diète.

Le 6, l'avant-bras est dégonflé, aucun phénomène inflammatoire n'est survenu, le pouce et le petit doigt ont repris leur mobilité.

Les jours suivans la douleur a disparu, tous les doigts sont mobiles. Quelques coliques avec constipation cédèrent à un lavement purgatif.

Le 11, l'inflammation ayant presque complétement avorté, l'irrigation est supprimée; la plaie est pâle, quelques escharres d'un vert clair existent çà et là, mais elles sont tout-à-fait superficielles. En comprimant la paume de la main, on fait sortir de dessous le ligament annulaire du carpe une certaine quantité de pus séreux, résultat d'un travail inflammatoire qui avait eu lieu dans la partie, et dont les progrès avaient sans doute été arrêtés par l'irrigation.

Les jours suivans les escharres se détachèrent; l'état général de la malade était très-satisfaisant, tout annonçait une prompte guérison, lorsque, le 18 au matin, nous trouvâmes l'appareil baigné de sang, et au moment où la malade fut dépansée, un beau jet de sang artériel s'éleva de la plaie. L'artère cubitale était ouverte.

On procéda immédiatement à la ligature. Un aide comprima l'artère humérale, M. Bérard incisa sur le trajet de la cubitale, à quelque distance au-dessus de la plaie, et dans l'étendue d'environ deux pouces. Quoique l'artère brachiale fût fortement comprimée, il suintait beaucoup de sang entre les lèvres de l'incision, et l'opération était gênée; c'était du sang veineux. M. Bérard me fit comprimer l'extrémité inférieure de l'artère au niveau de la plaie elle-même, et l'on pût cesser de comprimer la brachiale sans qu'il reparût la moindre quantité de sang. Du reste, l'opération ne présenta rien de particulier, l'artère fut liée, et l'hémorrhagie arrêtée.

Le lendemain 19, la malade était très-bien, il n'existait qu'un peu d'engourdissement dans le membre malade (Diète).

20. Les deux plaies sont pansées, toutes deux sont en bon état, il existe un peu de chaleur dans l'avant-bras.

21. L'ancienne plaie est couverte de bourgeons charnus, l'avant-bras est un peu rouge et gonflé. Une fausse membrane grisâtre recouvre la plaie récente, et emprisonne les bouts de la ligature.

23. L'avant-bras est gonflé, la malade a eu des frissons toute la nuit. Les bords de l'incision faite pour la ligature sont gonflés et soulevés par du pus qu'on fait sortir par la pression; il sort également du pus de la surface de la plaie elle-même, au travers des ouvertures de la fausse membrane qui la recouvre. Du reste, le pus est de bonne nature, quoique un peu fétide.

24. Même état : M. Bérard prescrit deux bains d'avant-bras d'une heure chaque, un le matin, un le soir.

25. L'avant-bras est dégonflé; des rides existent à sa partie postérieure ainsi qu'au dos de la main; les bords de l'incision sont dégorgés, la plaie est couverte d'une

suppuration de bonne matière (Deux bains d'avant-bras, quart).

La suppuration diminua les jours suivans, et le 28 la ligature tomba.

1er mars. Les deux plaies sont couvertes de bourgeons charnus, mais ceux-ci sont pâles et mous; en outre, les plaies avaient un aspect grisâtre. M. Bérard les lava avec de l'eau aiguisée d'un peu d'eau-de-vie camphrée, et au bout de deux jours, les bourgeons charnus devinrent fermes et vermeils, et la cicatrisation marcha avec rapidité. Il ne restait à la malade que quelques pesanteurs d'estomac, de l'inappétence; la langue était chargée depuis quelques jours. Un purgatif (sulfate de soude et manne) fut administré le 4 mars, et dès-lors l'appétit revint, les pesanteurs d'estomac disparurent, et on n'eut plus qu'à réprimer les bourgeons charnus à l'aide du nitrate d'argent afin d'avoir une cicatrice régulière. »

Toutes les conditions qui peuvent faire manquer l'effet d'une opération par la méthode d'Anel, se trouvaient réunies ici. C'était le quatorzième jour après l'accident que l'hémorrhagie avait eu lieu; l'artère cubitale était largement ouverte, à en juger par le volume du jet de sang qui s'échappait de la plaie. Les anastomoses du vaisseau blessé avec la radiale me paraissaient devoir ramener le sang par le bout inférieur, et j'étais tellement préoccupé des probabilités de cet accident, que je fus sur le point de lier aussi l'artère radiale. Voyant cependant que le fil serré autour de la cubitale avait complètement suspendu l'hémorrhagie, je me bornai à l'application d'un bandage qui eut pour effet de modérer le cours du sang dans l'artère radiale. Pour satisfaire à cette indication, une compresse graduée fut engagée dans la direction de l'artère radiale, sous les bandelettes agglutinatives à l'aide desquelles on avait réuni les lèvres de la plaie. Cette précaution, qui n'a pas été mentionnée dans la relation qu'on vient de lire, a eu tous le succès qu'on en pouvait attendre.

On a dit plus haut que le sang coulait au moment où je commençai l'opération; les auteurs de chirurgie conseillent, dans ce cas, d'interrompre la circulation dans l'artère en comprimant celle-ci dans les lieux d'élection à l'aide du tourniquet, du garrot ou des doigts. C'était ainsi que j'en avais agi au commencement de l'opération; mais je reconnus à l'instant que cette pratique était détestable. La compression exercée au-dessus du point où l'on opère, cause une stase veineuse dans le membre; le sang ruisselle à la surface de la plaie, et masque les parties sur lesquelles il faut conduire le bistouri. Il est infiniment plus commode et plus sûr, quand on lie une artère, entre la blessure et le cœur, de faire comprimer le vaisseau dans la plaie même ou dans son voisinage. Il faut employer si peu de force pour arrêter momentanément une hémorrhagie, par l'application des doigts, que la personne la plus inexpérimentée pourrait servir d'auxiliaire à un chirurgien. J'avais à peine fait cesser la compression au bras, pour l'établir sur l'ouverture même du vaisseau, que le sang cessa de masquer les parties au milieu desquelles je devais trouver l'artère cubitale, en sorte que l'opération fut terminée avec une extrême facilité.

Ce n'est pas la première fois que j'observe les inconvéniens de la méthode hémostatique que j'attaque ici. Je me rappelle, en ce moment, qu'à l'époque où j'étais interne à la Pitié, on amena dans mon service un jeune homme qui s'était ouvert l'artère radiale au-dessus du poignet. L'accident datait de quelques jours, et une nouvelle hémorrhagie s'étant montrée, on comprima l'artère brachiale au lieu d'élection, après quoi le chirurgien qui faisait l'intérim de Béclard, se mit en devoir de lier l'artère radiale au-dessus de la plaie. Mais le sang veineux qui coulait d'une manière continue gêna tellement l'opérateur, homme d'ailleurs exercé à la manœuvre des opérations, qu'il ne put qu'à grand peine et au bout d'un temps fort long, mettre à découvert un vaisseau qu'il lia sans avoir la certitude que ce fût l'artère radiale. (On sait qu'une veine radiale superficielle, quelquefois très-grosse, se présente presque toujours avant qu'on arrive à l'artère radiale). L'hémorrhagie reparut au milieu d'une nuit, quelques jours après cette opération : je l'arrêtai par un moyen que je me garderais bien d'employer aujourd'hui. Je fis ou je crus avoir fait la ligature médiate de l'artère dans la plaie même, au-dessus et au-dessous de la blessure du vaisseau, en conduisant les fils à l'aide d'une aiguille courbe que je plongeai deux fois sur le côté du vaisseau, et que je fis ressortir sur le côté opposé, sans aucune incision préalable, le trajet de l'artère ayant seul été mon guide en cette occasion. Le malade guérit.

J'ai reconnu en liant l'artère cubitale, combien il était important de se conformer au précepte qui est donné, de faire fléchir la main sur l'avant-bras, aussitôt qu'on a découvert l'intervalle des muscles cubital antérieur et fléchisseur sublime. Ces muscles qui, dans une autre position de la main, sont tendus, raides et difficiles à déplacer, sur le vivant, s'écartent l'un de l'autre aussitôt que la main est fléchie, et laissent voir au fond de la plaie l'artère cubitale cotoyée en dedans par le nerf et entourée de ses veines satellites.

Obs. IIIe. — *Ligature de l'artère tibiale postérieure.* — On conduisit l'année dernière, dans une des salles de l'hospice St-Antoine, un Auvergnat vigoureux, qui venait de se blesser avec un couperet, et qui avait eu, au moment même de l'accident, une hémorrhagie considérable. Les personnes qui l'accompagnaient déclarèrent que le sang s'était échappé de la plaie par saccades, et qu'il offrait une couleur vermeille. Le blessé fut à l'instant déshabillé et couché. Voici quel était son état : en arrière et au-dessus de la malléole interne de la jambe gauche, on voyait une solution de continuité à bords réguliers, dirigée d'avant en arrière et de haut en bas. L'hémorrhagie était complètement suspendue. Un caillot était interposé aux lèvres de la plaie et leur était adhérent.

Je détachai, peu-à-peu, le caillot à l'aide d'une

éponge imbibée d'eau tiède, et je reconnus que l'aponévrose avait été divisée dans la même direction, mais dans une étendue moindre que la peau. Un second caillot occupait cette partie plus profonde de la plaie; je le détachai comme le premier. Je commençais à croire que l'artère n'avait pas été intéressée, lorsqu'un jet volumineux de sang vermeil me fit voir qu'il en était autrement. Le vaisseau avait été complètement coupé en travers, et les bouts rétractés étaient cachés sous l'aponévrose. L'indication était évidente : il fallait lier les deux bouts de l'artère; mais l'aponévrose n'ayant pas suivi la rétraction du vaisseau, une incision était nécessaire pour faciliter la ligature. Je procédai de la manière suivante : un aide fut chargé d'arrêter l'effusion du sang, en comprimant le vaisseau dans la plaie même. La peau fut divisée parallèlement au tendon d'Achille, de manière à donner à la solution de continuité primitive la forme d'un T. Je coupai l'aponévrose sur une sonde cannelée; il me fut facile alors de saisir le bout supérieur de l'artère, et de l'entourer d'un fil ciré. Mais pendant cette opération, le bout inférieur avait aussi fourni un jet de sang, et je l'avais fait comprimer. La compression suspendue, le jet du sang reparut, et m'indiqua le point précis où j'allai trouver le bout inférieur. Celui-ci fut soulevé avec la pince, et lié immédiatement comme le bout supérieur. On apercevait alors dans le fond de la plaie les deux ligatures agitées des mouvemens que leur communiquait l'artère. Cependant, à ma grande surprise, je vis une nouvelle ondée de sang s'échapper tout-à-coup de l'intervalle des lèvres de la division. Ce sang provenait, ainsi que je ne tardai pas à le reconnaître, de la veine tibiale postérieure qui avait été coupée en même temps que l'artère, et qui était très-volumineuse sur ce sujet. Je ne jugeai pas à propos de la lier. Une compresse graduée fut placée sur le trajet de la veine, au-dessous de la plaie; celle-ci fut réunie par des bandelettes agglutinatives.

Au bout de huit jours, la cicatrisation était complète dans tous les points de la solution de continuité qui ne correspondaient pas aux ligatures. La chute de ces dernières survint, sans accident, quelques jours plus tard, et le malade quitta l'hôpital, parfaitement guéri.

Je ne sais quel auteur a dit qu'il n'y avait point de *petites choses* en matière de thérapeutique chirurgicale. C'est une vérité que la pratique démontre tous les jours. Des difficultés, trop minimes en apparence, pour que les auteurs dogmatiques aient pris la peine de les lever, arrêtent à chaque pas celui qui débute dans la carrière.

Qu'un jeune chirurgien, nourri de la lecture des meilleurs ouvrages et possédant à merveille tout ce qui a trait à l'histoire des plaies des artères, soit appelé pour un cas semblable à celui que je viens de rapporter; il n'y a plus d'écoulement de sang, la blessure paraît fort peu étendue en longueur, et sa profondeur ne peut être mesurée, à cause du caillot qui est fortement attaché aux lèvres de la plaie. C'est en vain qu'il cherchera à repasser dans sa mémoire les signes des lésions des artères; il n'en existe pas d'autres dans le cas actuel que le rapport du malade et des assistans; or, on sait quelle confiance méritent de semblables renseignemens. Si dans le doute il se contente d'appliquer un appareil contentif sur la plaie, ce sera une faute grave, car au bout de quelques jours l'hémorrhagie reparaîtra peut-être, et il ne sera plus possible d'aller saisir l'artère au milieu de parties enflammées. Or, une précaution des plus simples peut prévenir de semblables accidens; elle consiste à détacher, patiemment et complètement, le caillot qui adhère à la plaie, de manière à provoquer, de nouveau, l'écoulement du sang, afin d'y remédier à l'instant.

Il résulte des observations et des considérations précédentes :

1° Qu'on peut tirer quelques inductions diagnostiques et thérapeutiques de la présence ou de l'absence du pouls dans le membre dont l'artère principale a été blessée;

2° Que la ligature de l'artère principale d'un membre peut modifier le travail inflammatoire qui siégeait dans ce membre avant l'opération;

3° Que d'une autre part, la présence du phlegmon dans un membre dont on lie l'artère, augmente les chances de rétablissement de la circulation par les voies collatérales;

4° Qu'il faut s'abstenir, autant que possible, pendant qu'on pratique la ligature d'une artère, de la faire comprimer entre le cœur et le point sur lequel on opère.

Quelques autres remarques ont trouvé place dans ce article, et je crois inutile de les reproduire ici.

Observations diverses de clinique chirurgicale; par F. Lallemand, *professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.*

Obs Ire — *Abcès par congestion simulant pendant six ans une fistule à l'anus. Complications graves et multipliées. Trente cautères en huit mois. Guérison.* — Jean Didier, Alsacien, cultivant la terre en été, tissant des toiles en hiver, n'avait éprouvé aucune maladie grave jusqu'à l'âge de 19 ans, époque où son membre inférieur gauche devint, pendant quatre mois, le siége d'une tuméfaction douloureuse, terminée par l'apparition au côté gauche de l'anus, d'une tumeur du volume d'une noix, qui suppura et se transforma en une fistule dont la suppuration augmenta peu-à-peu. A cela près, Didier jouissait des apparences de la meilleure santé, au point qu'il ne pût se faire réformer, et fut placé dans le deuxième régiment d'infanterie légère, à 22 ans, trois ans après l'apparition de sa fistule.

Pendant trois autres années, il fit son service régulièrement, quoiqu'il éprouvât des douleurs au dos et aux lombes. Dans le mois d'août 1832, il entra à l'hô-

pital de Perpignan pour une *fièvre intermittente*. Enfin en octobre, il vint à celui de Montpellier, pour se faire opérer de sa fistule : il avait alors 25 ans, et sa fistule existait depuis six.

Une sonde introduite dans le trajet fistuleux arriva jusqu'au rectum sans rencontrer d'ouverture interne. Après plusieurs explorations infructueuses, je me décidai à perforer l'intestin dans un point où il était fort aminci, et j'incisai comme à l'ordinaire, les parties molles embrassées par la sonde.

Quelques jours après l'opération, il se manifesta autour de la fistule de la tuméfaction ; elle s'étendit-peu-à-peu, et au bout d'un mois elle occupait toute la fesse gauche : la peau était décollée, violette ; il existait une fièvre continue qui s'exaspérait tous les soirs, et beaucoup de gêne dans les mouvemens du membre.

Le 4 décembre, en explorant la plaie fistuleuse, j'y trouvai un petit fragment d'os, et je crus qu'il avait été entraîné là par les matières fécales. Le lendemain, je pratiquai une ponction à la tumeur de la fesse ; il en sortit du pus très-fétide qui noircissait la sonde d'argent. Trouvant la peau décollée dans une grande étendue du côté de la fistule, je l'incisai crucialement pour trouver la communication de cet abcès avec le trajet fistuleux, et je rencontrai dans plusieurs points de nouveaux fragmens osseux. Leur nombre, et surtout leur aspect, me firent aussitôt examiner la colonne vertébrale, et il me fut facile de constater qu'elle présentait une courbure anormale vers le milieu du dos, et une saillie bien prononcée de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre des lombes : le sacrum était lui-même très-proéminent.

Ce n'était donc pas une fistule ordinaire qui existait depuis six ans à la marge de l'anus, mais un abcès par congestion dont il fallait combattre la cause.

La position du malade était très-grave : la fièvre traitée à Perpignan n'était que symptomatique de la carie vertébrale ; depuis lors elle s'exaspérait tous les soirs. Depuis six ans la maladie devait avoir fait de grands progrès ; mais, d'un autre côté, la manière dont la constitution résistait depuis si long-temps à une pareille altération, me donna quelque espoir.

Du 4 au 14 décembre, *huit cautères* furent placés le long de la colonne vertébrale. Les jours suivans, diminution de la fièvre, retour de l'appétit. Suppuration moins fétide, mais toux opiniâtre.

Le 1er février, ouverture d'un nouvel abcès à la fesse.

Le 4, *deux cautères* au dos.

Le 11, apparition d'une nouvelle tumeur à l'aine gauche, augmentation de la fièvre. *Deux cautères* aux lombes. Les jours suivans, tuméfaction de la cuisse.

12 mars, palpitations violentes et prolongées qui cèdent à l'application de ventouses sèches sur la région du cœur. Persistance de la toux. La pression de la tumeur fait sentir un gargouillement dû à la présence de l'air, et détermine la sortie du pus par les fistules de la fesse. *Quatre cautères* au dos et aux lombes.

18 mars, ouverture spontanée d'un abcès à la partie interne et supérieure de la cuisse : ponction à la tumeur de l'aine ; issue de pus ichoreux et infect, mêlé de gaz très-fétides. Diminution de la suppuration par les fistules de la fesse.

1er avril, cicatrisation de la fistule de l'aine ; flexion permanente de la cuisse.

24 avril, *deux cautères* au dos. — 26, *deux autres* un peu plus bas. Diminution de la suppuration ; retour de l'appétit et des forces ; mouvemens plus faciles de la cuisse ; sommeil plus prolongé. Cessation de la fièvre et de la toux.

20 mai, *six nouveaux cautères* au dos et aux lombes.

10 juillet, retour de l'embonpoint ; suppuration peu abondante et sans odeur. *Quatre nouveaux cautères.*

Le malade se lève, commence à marcher, fait des promenade de plus en plus longues.

Dans le mois d'août, la cicatrisation des fistules s'opère successivement ; la toux diminue peu-à-peu et cesse complètement ; les palpitations ne reparaissent plus. La guérison est complète.

Cette observation est remarquable par l'aspect insidieux qu'a présenté, *pendant six ans*, la fistule de la marge de l'anus, par la manière dont la constitution a résisté à une maladie aussi grave et négligée pendant si long-temps.

Trente cautères ont été appliqués dans l'espace de huit mois. C'est à eux qu'il faut attribuer la guérison ; car le malade avoue qu'il avait pris peu des préparations d'or qui lui avaient été prescrites, et jamais de boissons amères, etc.

Obs. IIe — *Lésion de l'artère axillaire par un coup d'épée. Hémorrhagie ; épanchement de sang ; ligature de la sous-clavière faite avec succès malgré de nombreuses difficultés et des complications consécutives très-graves.* — Doux, artificier au troisième régiment du génie, d'une très-forte stature et d'un embonpoint prononcé, reçut le 18 février 1833, un coup d'épée vers le milieu de la paroi antérieure de l'aisselle droite. Un jet considérable de sang s'échappa de la plaie, et le malade éprouva de l'engourdissement dans le bras. Peu-à-peu l'hémorrhagie extérieure se réduisit à un léger suintement, mais le sang s'épancha dans le tissu cellulaire de l'aisselle, et successivement dans celui du bras, de la poitrine et du col. Vers le soir on apporta le malade à l'hôpital dans un grand état de faiblesse et d'agitation ; il éprouvait dans le creux de l'aisselle un *bouillonnement* continuel, et qui, disait-il, lui *rongeait le cœur* et augmentait ses angoisses. Le pouls était nul à droite et très-faible à gauche. Tout indiquait que l'artère axillaire avait été lésée ; mais il n'était pas possible de pratiquer la ligature de l'artère sous-clavière à la lumière ; il fallut se contenter de comprimer la plaie pendant la nuit.

Le 19 au matin, la faiblesse et la tuméfaction étaient encore augmentées ; le corps était couvert d'une sueur froide et visqueuse ; la face avait l'aspect cadavérique.

Le malade étant assis sur une chaise, et recevant la lumière perpendiculairement, je cherchai la clavicule,

et la difficulté que j'éprouvai à déterminer exactement sa position à travers l'énorme tuméfaction des parties molles, me donna une idée des obstacles que j'aurais à surmonter pour arriver jusqu'à l'artère, pour l'isoler et la lier. En conséquence, je pratiquai une *très-grande incision* dans la direction du bord supérieur de la clavicule.

Le tissu cellulaire mis à découvert était tellement gorgé de sang, que la graisse abondante dont il était pourvu semblait avoir disparu. La veine sous-clavière ayant la même couleur ne put être distinguée que par sa forme. C'est à travers cette espèce de caillot que je me creusai un chemin, avec les deux indicateurs, jusqu'à la première côte, c'est-à-dire, à quatre pouces environ de profondeur. Enfin je reconnus les deux saillies de cet os qui circonscrivent la dépression sur laquelle passe l'artère. J'introduisis le bout du doigt dans l'espace qui sépare le scalène antérieur du postérieur, et je ne trouvai sur la gouttière de la première côte qu'un corps mollasse et roulant, entièrement dépourvu de battemens. Je commençais à croire que je m'étais égaré, ou qu'il existait quelque anomalie extraordinaire dans la distribution des artères, lorsque je m'aperçus que les aides supportaient seuls la tête et le corps du malade. Ses muscles étaient dans le relâchement le plus complet; les mouvemens de son cœur pouvaient à peine être perçus; il était dans un état de syncope voisin de la mort. Je me hâtai d'incliner fortement en arrière la chaise sur laquelle il était retenu, afin de donner au corps une position horizontale. Bientôt après la circulation se ranima, et je continuai l'opération dans cette position. Mon doigt indicateur appliqué de nouveau sur la première côte, sentit enfin des battemens dans le corps rond et mou qu'il avait exploré plusieurs fois. Je passai sous l'artère une sonde cannelée fortement recourbée, et je l'amenai à la portée de la vue. En ce moment, le malade se plaignit d'un douleur brûlante à la main : je pensai que cette sensation devait être due à la présence de quelque nerf. En effet, ayant écarté avec le bout d'une autre sonde le tissu cellulaire qui enveloppait l'artère, je trouvai derrière elle un corps blanc et rond du volume du nerf médian. Je le fis passer par dessus le bec de la première sonde, à l'aide de la seconde; je passai ensuite un fil *simple* au-dessous de l'artère, au moyen d'un stylet aiguillé, recourbé, que je fis glisser dans la cannelure de la sonde, et je serrai le nœud, après m'être assuré de nouveau que le fil embrassait bien l'artère et ne contenait qu'elle.

Le malade cessa dès ce moment d'éprouver dans l'aisselle ce *bouillonnement* qui causait ses angoisses, et reprit toute son énergie. (Un quart de grain d'acétate de morphine, de six en six heures).

Pendant quatre jours le bras droit fut beaucoup plus chaud que l'autre, quoiqu'il n'ait pas été plus couvert; à mesure que la température reprit son état normal, la sensibilité et le mouvement se rétablirent.

Le 8e jour, il survint une diarrhée accompagnée de douleur dans la région du foie, puis une *hépatite aiguë* qui exigea l'application de quinze sangsues.

Le 12e jour, la ligature tomba sans accident, mais quelques jours après la diarrhée reparut, et la tumeur sanguine qui s'étendait de l'aisselle au côté droit de la poitrine devint douloureuse et augmenta rapidement de volume; la peau rougit et se souleva en pointe. Enfin la fluctuation étant devenue évidente, je pratiquai une ponction qui donna issue à une énorme quantité de pus ayant l'aspect du chocolat, et à beaucoup de gros caillots noirs.

Cette évacuation produisit un soulagement momentané. Mais les accidens reparurent; le surlendemain une nouvelle tumeur s'était développée plus en arrière. Une seconde ponction donna issue à un jet de pus fétide.

Une énorme suppuration sortit pendant long-temps par ces ouvertures, entraînant de gros caillots et de vastes lambeaux de tissu cellulaire mortifié d'une odeur infecte.

Dès-lors le pus prit un bon aspect, et ces ouvertures donnant issue à celui qui se formait au-dessus de la clavicule, la plaie du cou se cicatrisa promptement : la diarrhée disparut, les forces revinrent.

Plus tard, il survint de la toux; il se forma au-devant du grand pectoral une nouvelle tumeur qui augmentait et s'accompagnait de gargouillement pendant les quintes. Une ponction donna issue à du pus sanguinolent mêlé de flocons celluleux, et ces symptômes disparurent. Le malade prit des forces et de l'embonpoint : des injections furent faites avec le vin aromatique, et la compression de la poitrine favorisa l'oblitération du trajet fistuleux.

Il est remarquable que pendant quatre jours la température ait été beaucoup plus élevée dans le membre opéré, quoiqu'il n'ait pas été plus couvert que l'autre, et que les mouvemens se soient rétablis à mesure que la température revenait à l'état normal.

Un mois après l'opération, les battemens commencèrent à se faire sentir dans l'artère radiale, et le malade éprouva en même temps un changement notable dans la sensibilité du pouce et de l'indicateur : tout ce qu'il touchait auparavant lui semblait recouvert d'un voile épais et rude; c'est seulement après le retour des battemens que le toucher reprit sa perfection. Huit jours après ils se firent sentir dans l'artère cubitale, et le même changement s'opéra dans la sensibilité du petit doigt et de l'annulaire. Celle du médius ne fut complète que plusieurs jours après. Ainsi la perturbation survenue dans la circulation du membre y a produit une augmentation notable de température, y a paralysé momentanément l'action musculaire, quoique les nerfs fussent intacts, et la sensibilité n'a été parfaite qu'après le retour complet de la circulation à l'état normal.

Mais l'influence du système nerveux sur la circulation n'est pas moins importante que celle de la circulation sur les fonctions des nerfs. Le refroidissement, la gangrène des membres qui ont été si souvent observés autrefois après la ligature de l'artère principale d'un membre, doivent être surtout attribués au peu de

soin que prenaient les opérateurs d'isoler exactement les artères des nerfs qui les accompagnent. Il résultait encore de cette précipitation à lier le paquet dans lequel ils sentaient des battemens, que les veines collatérales étaient aussi comprises dans la ligature, ce qui nuisait gravement au retour du sang et augmentait beaucoup la gêne de la circulation capillaire. Le volume de la ligature était une autre cause d'accidens, par la suppuration qu'elle déterminait dans les parois de l'artère, d'où résultait souvent la chute du caillot et une hémorrhagie mortelle.

Rien de tout cela n'a été observé dans l'observation qu'on vient de lire; cependant l'opération a été pratiquée dans les circonstances les plus défavorables. Le malade jouissait d'un grand embonpoint, le tissu-cellulaire était gorgé de sang jusqu'au milieu du col : la syncope avait suspendu les battemens de l'artère; les collatérales n'étaient pas dilatées comme dans tous les cas d'anévrysme; l'inflammation ne pouvait avoir un bon caractère au milieu de tant de sang; la suppuration a fusé sous la clavicule, s'est emparée du vaste foyer sanguin qui s'étendait de l'aisselle à la moitié droite de la poitrine, en a détruit le tissu cellulaire; la plèvre correspondante et le poumon s'en sont ressentis; une diarrhée tenace, une hépatite aiguë sont encore venus augmenter le danger : malgré toutes ces difficultés et ces complications, le résultat de l'opération a été aussi satisfaisant qu'il était possible de l'espérer; ce qu'il faut, je crois, attribuer à ce que l'artère seule a été liée et ne l'a été que par un fil très-délié.

Obs. IIIe — *Fistule vésico-vaginale de plus d'un pouce de long sur quatre lignes de large, complètement guérie après deux ans d'existence, par une seule application de la* sonde-airigne. — Françoise Fépon, des environs d'Aix en Savoie, blonde, forte, d'un tempérament sanguin très-prononcé, d'une santé robuste, devint enceinte à 22 ans. Sa grossesse fut des plus heureuses, mais il n'en fut pas de même de son accouchement. Habitant la campagne, elle fut assistée par une sage-femme qui laissa la tête de l'enfant engagée dans le bassin pendant vingt-quatre heures, avant de se décider à appeler un chirurgien, et celui-ci ne put opérer la délivrance qu'au moyen des *crochets* : l'enfant était mort.

Immédiatement après l'accouchement, l'urine s'écoula par le vagin, ce qui doit faire attribuer la perforation de la vessie à l'action des crochets, et non à la pression exercée par la tête de l'enfant. En effet, dans ce cas, qui est le plus ordinaire, la fistule ne se déclare qu'à la chute des escharres. Depuis ce moment, la totalité de l'urine a continué à passer par le vagin, quelle que fût la position de la malade, et le besoin d'uriner ne s'est plus fait sentir.

Après deux ans de traitemens variés, mais également infructueux, Françoise Fépon vint à Montpellier et entra à l'hôpital St-Éloi le 14 avril 1833. Son embonpoint était encore remarquable, son teint fort coloré; ses fonctions continuaient à s'exercer avec la plus parfaite régularité, malgré les tourmens inséparables de la plus dégoûtante infirmité et l'action des divers agens employés pour la guérir. Du reste, elle était calme, pleine de confiance et résignée à tout pour guérir.

Je fis prendre des bains, raser les parties, et après quelques jours de repos, j'explorai la fistule, afin de déterminer, aussi exactement que possible, son étendue, sa forme, sa direction et sa distance du méat urinaire. J'y parvins facilement à l'aide d'un spéculum ouvert dans sa moitié supérieure et coupé en bec de flûte, d'un stylet courbe et d'une sonde de femme. Mais, pour plus de précision, je pris une empreinte de la fistule par le vagin. Je constatai par ces divers moyens que le bord antérieur de la fistule était à un pouce quatre lignes de l'ouverture extérieure de l'urètre, qu'elle avait la forme d'un croissant à concavité tournée en avant, que sa direction était à peu près transversale; enfin, que son grand diamètre avait au moins un pouce d'étendue, et l'antéro-postérieur environ quatre lignes.

Le 23 avril, après avoir introduit dans la vessie une sonde de femme pour abaisser la paroi vésico-vaginale et dans le vagin le spéculum dont j'ai parlé, je cautérisai pour la première fois la fistule, à l'aide d'un cylindre de nitrate d'argent fixé perpendiculairement au bout d'une longue tige de fer, bifurquée et serrée par un anneau. Immédiatement après, je pratiquai plusieurs injections dans la vessie. La malade n'éprouva pas de douleur, ni même de cuisson.

Le 27, seconde cautérisation semblable à la première, suivie de vive cuisson dans les bords de la fistule.

Le 29, apparition des règles.

Le 2 mai, troisième cautérisation, suivie de cuisson plus vive et plus prolongée.

Le 8, quatrième cautérisation, accompagnée et suivie de douleur assez prononcée. Diminution de l'appétit. (Bains, limonade).

Le 13, cinquième cautérisation, accompagnée et suivie d'élancemens douloureux.

Le 14, perte de l'appétit, symptômes d'embarras gastrique. (24 grains d'ipécacuanha.)

Le 15, des mucosités purulentes sortent par le vagin; les bords de la fistule sont tuméfiés, rouges, saignans au plus léger contact, l'urine est mêlée de stries de sang, les escharres commencent à se détacher : tout annonce que l'inflammation est assez intense pour devoir amener la réunion immédiate. Les escharres vont se détacher, c'est le moment le plus favorable à l'application de la *sonde-airigne*. Il y a trop peu de temps que les règles sont passées pour qu'on puisse craindre leur retour : mais il importe aussi de prévenir la malade contre les besoins d'aller à la selle pendant le travail de la cicatrisation. (Deux onces de sulfate de soude à prendre dans la nuit).

Le 16 dans la matinée, plusieurs selles copieuses. Dans la soirée, j'introduis une sonde de femme dans la vessie, et les doigts *indicateur* et *médius* dans la fistule pour achever de faire tomber des débris d'escharre. Les doigts en ramènent en effet quelques débris, mêlés de

stries de sang d'un rouge vif. Toute la surface des lèvres de la fistule en laisse exsuder de nombreuses gouttelettes. Cette circonstance me paraît du plus heureux augure. Immédiatement après, j'applique la sonde-airigue, de la manière que j'ai indiqué ailleurs (*Archives générales*, avril 1825). Dès que le ressort est lâché, les bords de la fistule se trouvent exactement affrontés, et le doigt n'est pas encore retiré du vagin, que des gouttes d'urine tombent dans le creux de la main.

L'instrument, retenu par l'action opposée des crochets de la plaque, reste si solidement fixé dans la position la plus convenable, que je juge inutile d'employer aucun moyen pour l'assujettir. Pendant toute cette opération, la malade ne proféra pas la moindre plainte, et dit seulement avoir éprouvé une piqûre assez vive, quand les crochets entraient dans la vessie.

La poitrine, la tête et les cuisses sont soutenues par des oreillers, et les urines reçues dans un vase plat, etc. (Boissons émollientes, bouillons).

Pendant trois jours calme parfait. Le quatrième, douleur dans le vagin, espèce de pincement du côté de la vessie.

Le 21, cinquième jour. l'instrument est retiré, et remplacé par une sonde de femme ordinaire qui donne également issue à l'urine. Pas une goutte ne passe par le vagin.

Le 22, la sonde d'argent est remplacée par une sonde de gomme élastique, moins incommode pour la malade.

Le 23, la sonde s'étant engorgée, l'urine s'accumule dans la vessie. Après bien des efforts, la malade parvient à l'expulser, mais elle passe entre la sonde et le canal; il ne s'en échappe cependant pas une seule goutte par le vagin. — Retour des règles.

Les jours suivans on prévient l'obstruction de la sonde par de fréquentes injections.

Le 8 juin, la malade retire la sonde, se promène pendant trois heures. Après quoi, pressée par le vif besoin d'uriner, elle y résiste jusqu'à ce qu'elle ait atteint les lieux communs, qui sont à l'autre extrémité de la salle, et voit avec surprise son urine lancée horizontalement à plus de deux pieds de distance. La joie qu'elle en éprouve est tellement délirante, qu'on peut craindre un instant qu'elle en perde la raison.

Depuis ce moment Françoise Fépon se livre aux plus rudes travaux de la maison, sans que pendant deux mois il passe une goutte d'urine par le vagin. Avant qu'elle quitte l'hôpital, je prends une nouvelle empreinte des parties, et j'obtiens, au niveau de la cicatrice, une saillie transversale presque filiforme, de 5 à 6 lignes de longueur, assez semblable au raphé du scrotum.

Un an après, dans un voyage que je fis aux eaux d'Aix, j'eus occasion de m'assurer que la guérison ne s'était pas un instant démentie.

En attendant que je puisse entrer dans de plus grands détails sur le traitement d'une des plus dégoûtantes infirmités dont la femme puisse être affectée, j'ai voulu répondre par cette observation aux doutes qui ont été émis sur la guérison complète d'une autre malade dont j'ai publié l'histoire détaillée dans ce Journal (*Voyez* le numéro d'avril 1825). Je n'ai pas le droit de me plaindre de ceux qui, ne me connaissant pas, jugent sans doute de ma véracité d'après le témoignage de leur propre conscience; mais je leur devais la publication d'un fait aussi remarquable par son authenticité que par sa nature. Ici toutes les circonstances de la maladie et du traitement ont été observées publiquement par 400 élèves : la guérison a pu être constatée tous les jours pendant deux mois, et le hasard m'a permis de le faire encore au bout d'un an.

D'un autre côté, la fistule avait plus d'un pouce de long sur quatre lignes de large, elle durait depuis deux ans : malgré ce qu'on avait tenté, la malade ne pouvait conserver une goutte d'urine dans la vessie, quelles que fussent sa position et son immobilité. Cinq cautérisations ont été nécessaires pour enflammer convenablement les bords calleux de la fistule. Mais une seule application de la *sonde-airigue* a suffi pour amener la réunion immédiate : elle s'est opérée en cinq jours comme dans le bec de lièvre. La première cautérisation a été faite le 23 avril, l'instrument a été retiré le 21 mai : ainsi le traitement n'a pas duré un mois. Je doute qu'aucun autre mode de traitement ait procuré des résultats plus prompts et plus complets.

Compte-rendu des travaux de la Société Anatomique pendant l'année 1834; par M. Chassaignac, secrétaire de la Société. (Fin).

Lésions des centres nerveux. — En tête de cette classe je placerai les altérations variétes qui vous ont été soumises comme conséquences ou comme accompagnemens des fractures du crâne. Car il n'est pas une seule fracture de cette espèce qui vous ait été offerte à l'état de simplicité, en sorte qu'on ne doit ici envisager la fracture que comme un accessoire, et la lésion des organes contenus comme l'affection principale. C'est ce que vous avez eu occasion d'observer 1° dans un cas de fracture de la base du crâne, s'étendant depuis la petite aîle du sphénoïde jusqu'au trou occipital, et qui était accompagnée d'un épanchement sanguin diffus à la base du crâne, et de contusion à l'hémisphère gauche du cerveau, ainsi qu'à l'hémisphère droit du cervelet (M. Tessier); 2° dans une fracture de la voûte du crâne, avec épanchement sanguin considérable, situé entre la dure-mère et les os, et offrant ceci de bien remarquable qu'il communiquait à travers une ouverture de la dure-mère avec un autre épanchement sanguin siégeant dans la cavité de l'arachnoïde (M. Fleury).

Que ce second épanchement ait été dû à la diffusion du premier dans la cavité arachnoïdienne à travers la déchirure de la dure-mère, rien n'est plus probable. Mais ce qui mérite d'être noté avec soin, dans la comparaison de ces deux épanchemens, de celui qui était extérieur à la dure-mère et de celui qui lui était inté-

rieur, c'est que ce premier offrait une couleur noire foncée, tandis que l'autre présentait une couleur chocolat et des stries jaunes qui lui donnaient un aspect velouté. Faut-il attribuer cette différence à la nature du travail qui s'opérait déjà dans la cavité de l'arachnoïde, ou bien seulement au mélange du sang avec des fluides sécrétés par cette membrane ? C'est ce qu'il est assez difficile de décider.

Deux cas de fracture de la voûte orbitaire vous ont été présentés. Dans l'un d'eux on trouva un caillot sanguin volumineux siégeant à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau : il y avait fracture d'un des rochers (M. Després). Dans l'autre cas il n'y avait pas fracture du rocher ; mais on remarqua, à la base de cette pyramide, un épanchement sanguin siégeant dans la substance diploïque (M. Tessier). On trouva dans la substance cérébrale un de ces épanchemens sanguins à foyers très-multipliés et très-petits, qui justifient si bien la dénomination d'apoplexie capillaire, introduite dans la pathologie par M. Cruveilhier.

Les autres fractures du crâne que j'ai à vous rappeler étaient toutes accompagnées de quelque circonstance remarquable. Ainsi dans l'une il y avait rupture de l'artère méningée moyenne, dont le trajet était croisé perpendiculairement par une fracture du pariétal (M. Teissier). Dans un autre fracture siégeant à l'occipital, il y avait un écartement de la suture lambdoïde (M. Fleury). Dans un autre cas, vous avez vu une fracture de la base du crâne avec disjonction de la suture lambdoïde, fracture du conduit auditif et déchirure du sinus latéral gauche. Cette déchirure avait donné lieu à une hémorrhagie à travers l'oreille gauche. Ce qui vous a surtout frappé dans cette observation : c'est que tant que le sang pût s'écouler à travers le conduit auditif, aucun accident ne survint, tandis que des symptômes graves se manifestèrent aussitôt que cessant de couler au-dehors, il forma épanchement à l'intérieur du crâne. C'était donc une circonstance heureuse de la fracture avec épanchement, que sa propagation au conduit auditif, et sous ce rapport on peut dire que l'accident avait lui-même établi une contre-ouverture très-favorable.

Parmi les productions variées qui vous ont été offertes comme ayant leur point de départ dans la dure-mère, je placerai en première ligne l'altération qu'on désigne sous le nom de *fungus* de cette membrane. Vous avez vu un fongus pédiculé qui, effectuant son développement à l'intérieur au lieu de se faire jour du côté des os, avait comprimé la partie antérieure de l'hémisphère gauche (M. Prunet.)

C'était encore un fongus pédiculé que cette tumeur de la dure-mère qui, ayant détruit la lame criblée de l'ethmoïde, pendait dans l'intérieur des fosses nasales, et aurait pu faire naître l'idée d'un polype si elle eût été aperçue pendant la vie ; exemple remarquable de ce que l'anatomie pathologique peut nous apprendre sur la migration et les apparences trompeuses de certaines tumeurs dont on ne soupçonnerait jamais le point de départ, si les données anatomiques ne nous éclairaient à ce sujet (M. Reignier.)

L'existence de deux feuillets dans la dure-mère n'est pas une vérité démontrée pour tous ; mais s'il est au pouvoir des altérations anatomiques de démontrer l'existence de ces deux feuillets ; c'est bien certainement dans des cas semblables à celui que vous a montré M. Delmas, et dans lequel un kyste développé dans l'épaisseur de la faux du cerveau, l'avait dédoublé avec une parfaite exactitude, lui donnant un aspect que je ne puis mieux rendre qu'en le comparant à celui de la coque bivalve de certaines légumineuses.

Un cas très-curieux de production de matière tuberculeuse dans la dure-mère rachidienne, vous a été présenté par M. Patel.

Enfin, Messieurs, une altération de la dure-mère vous a été soumise, offrant des caractères tellement spéciaux, qu'il a paru impossible de la rattacher à aucune lésion connue, et que je me suis vu forcé de la désigner dans vos Bulletins sous le nom de *lésion particulière, semblant avoir son point de départ dans la dure-mère crânienne.*

Quand on rencontre une lésion anatomique qu'on ne peut faire rentrer dans les cadres déjà connus, il faut d'abord se demander si l'impossibilité qu'on éprouve à classer cette lésion, tient à un défaut d'observation assez attentive, ou bien à ce qu'on ne connaît pas nettement tous les caractères des lésions décrites. Si à ces questions on se croit en droit de répondre par la négative, on est nécessairement conduit à admettre que toutes les familles de lésions anatomiques ne sont pas encore connues et suffisamment décrites. Et certes, Messieurs, l'anatomie pathologique est une science encore trop nouvelle pour qu'on puisse regarder cette proposition comme inadmissible.

Quoi qu'il en soit, dans l'impossibilité d'imposer une dénomination caractéristique à cette altération singulière, notre rôle à nous, c'était de la décrire avec assez de soin pour laisser un terme de comparaison à ceux qui en observeraient de semblables, afin de les mettre à même de fixer le véritable caractère de cette altération, soit en la faisant rentres dans les cadres connus, soit en formant pour elle une classe spéciale. (*Voy.* M. Tessier).

La Société anatomique, plus féconde encore par les matériaux qu'elle peut offrir à ceux qui travaillent, que par les doctrines scientifiques qu'elle établit, a en cette année l'honneur de voir juger dans son sein une question d'anatomie pathologique d'une haute importance. —A l'occasion d'un cas d'apoplexie méningée (M. Longet), un des membres de cette Société. M. Baillarget, vous a lu un mémoire où, en se livrant à une critique judicieuse des faits de ce genre, il démontre péremptoirement que les épanchemens sanguins de l'arachnoïde sont constamment enveloppés par un double feuillet de nouvelle formation ; que le feuillet qui revêt la surface de l'épanchement, du côté du cerveau, a souvent donné le change aux observateurs qui, prenant ce feuillet pour l'arachnoïde, ont cru à la possibilité et à

l'existence d'épanchemens sanguins considérables et instantanés entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale; opinion que répudient formellement les données anatomiques normales sur l'union intime de l'arachnoïde à la dure-mère, mais qui pouvait conserver encore quelques partisans avant que notre collègue en eût fait ressortir l'invraisemblance en signalant les circonstances qui l'avaient accréditée.

M. Tessier vous a aussi présenté un caillot dans l'arachnoïde : il vous a fait remarquer que les couches les plus extérieures de ce caillot présentaient plusieurs groupes vasculaires de nouvelle formation, semblant avoir leur centre dans le caillot et leurs ramifications à la périphérie.

Plusieurs cas intéressans des tumeurs encéphaloïdes siégeant, soit à la surface, soit dans le tissu même des centres nerveux, vous ont été présentés. Parmi ceux de la première espèce, je rappellerai une tumeur encéphaloïde située à la base du crâne, et comprimant la moitié droite de la protubérance (M. Tessier).

Une tumeur plutôt fibreuse qu'encéphaloïde, située sur la valvule de Vieussens et de forme pédiculée (M. Reignier). Une autre tumeur encéphaloïde enchâssée en quelque sorte dans la moitié droite de la protubérance, déterminant la compression de presque tous les nerfs voisins, et offrant ceci de remarquable qu'elle fournissait dans le conduit auditif interne un prolongement qui avait considérablement dilaté ce conduit et atrophié les deux nerfs qui s'y trouvent (M. Boyer). A la même catégorie se rattache cette tumeur pédiculée de forme olivaire que M. Hardi vous a montrée dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne.

Deux cas seulement d'encéphaloïde dans le tissu nerveux vous ont été présentés. Dans le premier, la tumeur occupait l'hémisphère droit du cerveau (M. Bell); dans l'autre, elle siégeait dans la protubérance, et de même que les tumeurs de toute espèce qui se développent dans le voisinage de cette protubérance tout entourée, et qui plus est, toute pénétrée de filets nerveux, celle-ci avait comprimé plusieurs nerfs; circonstance qui, grace à l'observation très-délicate qu'on avait des symptômes, vous a mis à même d'apprécier quelques particularités importantes pour l'histoire physiologique de ces nerfs (M. Carré).

Une production dont la nature n'est pas parfaitement connue, mais qui ne vous a été offerte que dans les centres nerveux, c'est cette matière perlée ou nacrée qui, tantôt sous forme de paillettes semées au milieu d'un tubercule, tantôt sous forme de coque ou de kyste, se rencontre dans les diverses dépendances du système nerveux; on vous a montré cette production sous forme de paillettes, 1° dans un tubercule compact du cervelet (M. Pégot); 2° dans un kyste situé à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau (M. Vernois).

Vous avez vu un très-beau cas dans lequel c'était la matière nacrée elle même qui formait l'enveloppe extérieure d'une tumeur qui comprimait le cervelet et avait déterminé une paralysie du côté de la compression (M. Peyrot).

A côté de ces productions anormales, je placerai deux belles observations ayant pour objet l'un des tubercules développés dans le cervelet et dans la protubérance (M. Bell); l'autre, deux tubercules de la moelle épinière (M. Eager).

M. Caseaux vous a présenté un cas d'hypertrophie du cerveau; M. Saint-Yves, un cas d'atrophie d'un hémisphère cérébral, coïncidant avec l'atrophie de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Cette coïncidence, que M. Cruveilhier vous a déjà plusieurs fois signalée, semble indiquer quelque relation spéciale, mais peu connue, entre l'hémisphère cérébral d'un côté et l'hémisphère cérébelleux du côté opposé. Enfin, M. Cruveilhier vous a présenté un beau cas d'atrophie de la protubérance et du bulbe rachidien.

Trois poches ou kystes dont l'origine primitive était probablement un abcès dans les hémisphères du cerveau, vous ont été présentées, toutes trois remarquables par quelque circonstance digne d'intérêt. Dans le premier, il s'agit d'un kyste d'abcès du cerveau présentant à sa surface extérieure une arborisation vasculaire ayant avec les vaisseaux du système général les communications les plus apparentes (M. Tessier). Dans le deuxième cas, c'est un véritable abcès enkysté du cerveau qui détermina une mort subite en s'ouvrant et en versant le pus dans un des ventricules latéraux (M. Maisonneuve). Dans le troisième, il s'agit d'une cavité ancienne tapissée par une membrane ayant l'aspect d'un infundibulum, dont le sommet s'ouvrait dans le ventricule latéral, et dont la base était appuyée à un point des parois du crâne où il y avait absence des membranes, destruction de la paroi osseuse, et cicatrice linéaire à la peau (M. Pigné).

Deux apoplexies de la protubérance vous ont été présentées; toutes deux avaient fait irruption au-dehors de leur siége primitif, mais la première s'était ouverte dans le canal rachidien (M. Hache); l'autre dans le quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius.

Affections diverses de la tête, du col et du thorax.— Une tumeur athéromateuse du cuir-chevelu qui présentait un commencement d'énucléation spontanée, a soulevé la question de savoir s'il s'agissait d'un follicule sébacé gonflé par de la matière athéromateuse, et dont le goulot était en voie de dilatation, ou bien si l'énucléation spontanée de la matière contenue dans un kyste était due à une ulcération aux parois de ce kyste. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme à ce sujet, vous avez noté l'état parfaitement cicatrisé des bords de l'ouverture à travers laquelle on voyait à nu la matière contenue dans le kyste (M. Reignier). On vous a présenté une tumeur aqueuse située au grand angle des paupières, et qui aurait pu faire naître quelques doutes sur l'existence d'une tumeur lacrymale (M. Reignier). Vous avez encore vu une autre tumeur bien autrement remarquable, qui siégeait également au grand angle de l'œil où elle était venue s'ulcérer, tumeur dont on était bien loin de soupçonner la nature et le point de départ, car elle était le résultat de la migration d'un polype des fosses nasales qui s'était fait jour dans l'orbite par

la destruction de la lame plane de l'ethmoïde (M. Lenoir).

Les pièces d'anatomie pathologique de l'œil ont été rares, la seule qui vous ait été soumise avait pour objet une ophthalmie interne des plus intenses sur laquelle vous avez observé la production de fausses membranes sur l'iris; la diffluence et l'état purulent du corps vitré, l'injection sanguine très-vive de la rétine (M. Boudrie). Vous avez dû aussi à M. Sichel un travail sur le staphylome postérieur de la sclérotique, travail dans lequel cet ophthalmologiste établit que la cause du staphylome postérieur de la sclérotique réside dans un ramollissement de la sclérotique accompagné d'une adhérence des membranes de l'œil les unes avec les autres (M. Sichel).

Deux fois vous avez eu sous les yeux des cas d'amputation de la mâchoire inférieure, avec désarticulation d'un des condyles, et vous avez appris que, dans un des cas, cette opération hardie avait été suivie d'une guérison complète et remarquable par sa rapidité surprenante (M. Pauli).

C'est principalement dans les viscères que siégeaient les acéphalocystes qui vous ont été montrés; néanmoins vous avez observé leur présence dans une tumeur du col dont l'ablation a été faite par M. Roux (M. Defrance).

Trois tumeurs du sein dont l'ablation avait été faite sur le vivant, vous ont été présentées; l'une était d'apparence fibreuse et n'offrait aucune trace de dégénérescence imminente (M. Caffe); une autre formait une masse considérable dans laquelle se trouvaient réunies les diverses formes du cancer, le squirrhe, l'encéphaloïde, la matière colloïde, mêlées à des foyers sanguins et à des concrétions polypeuses (M. Denonvilliers). Dans le dernier cas, c'était une tumeur du sein reparaissant après amputation, mais qui ne siégeait point dans la cicatrice de l'opération primitive (M. Defrance).

Maladies de l'appareil respiratoire. — Vous n'avez eu cette année qu'un seul exemple de cette redoutable affection désignée sous le nom de *laryngite purulente*, et dans lequel on vous a montré sous une muqueuse saine, le cartilage cricoïde largement dénudé et baignant dans le pus (M. Vernois).

Parmi les encéphaloïdes qui vous ont été présentées comme siégeant dans les organes de la respiration, les unes résidaient dans l'enveloppe du poumon, les autres dans le poumon lui-même. Dans le premier cas se trouvaient, 1° la tumeur encéphaloïde volumineuse que vous présenta M. Charcelay, tumeur remarquable en ce que l'excessive minceur de la couche de tissu pulmonaire qui la recouvrait, tumeur du côté de la plèvre, pouvait donner lieu de croire que c'était dans la cavité même de cette membrane que la tumeur avait eu son origine. — Dans un autre cas d'encéphaloïdes multiples formées dans la substance du poumon, une circonstance qui a dû frapper votre attention, c'est la présence de concrétions ossiformes; et en me servant ici de l'expression d'ossiformes, ce n'est pas pour désigner vaguement une concrétion dure se rapprochant plus ou moins d'un produit calcaire, c'est avec l'intention de vous rappeler que ces noyaux avaient un aspect tellement semblable à celui des os, qu'on les aurait pris, en les voyant isolés, pour des esquilles de fracture (M. Ribes).

Une seule tumeur encéphaloïde, remarquable par son énorme volume (celui d'une tête d'adulte), a paru s'être développée dans la plèvre, et bien que celle-là ne fût point tapissée d'une couche mince de tissu pulmonaire, vous avez pu remarquer, Messieurs, qu'elle communiquait avec le tissu du poumon par un faisceau vasculaire assez épais. Certainement, je ne crois pas qu'on ait aucun motif pour nier *à priori* d'une manière absolue, la possibilité d'une formation d'encéphaloïde dans la cavité d'une membrane séreuse et par conséquent pour contester à la tumeur dont je parle le point d'origine qu'on lui a assigné. Mais je demanderai si une tumeur qui, développée primitivement sous une couche mince de tissu pulmonaire et qui détruisant par son accroissement ultérieur la couche mince dont elle était revêtue, aurait ensuite effectué son développement dans la plèvre, ne tenant plus au tissu du poumon que par un pédicule; je demande, dis-je, s'il y a un seul caractère qui pût la différencier de celle que vous a présentée M. Hache. Or, si ce caractère n'existe pas, comment pourrait-on décider que la tumeur en question s'était développée primitivement dans la plèvre. Ce n'est pas seulement à ce cas en particulier que s'adresse ce que je viens de dire; mais s'il est d'une haute importance en anatomie pathologique de déterminer avec précision le point de départ, le foyer primitif des productions nouvelles, toute considération qui peut guider dans des déterminations de cette nature mérite, ce me semble, une mention spéciale. Le résumé de toute cette discussion, c'est que, de toutes les tumeurs encéphaloïdes soumises à la Société, il n'en est aucune à l'égard de laquelle nous ayons pu nous croire autorisés à admettre qu'elle eût son point de formation dans la cavité d'une membrane séreuse.

On vous a présenté une pièce très-importante de balle logée pendant vingt-cinq années dans le tissu du poumon, et malgré l'extrême tolérance que semble supposer dans le tissu pulmonaire un enkystement aussi prolongé, vous avez appris que c'est aux accidens causés par la présence de cette balle qu'a succombé le malade (M. Martel).

M. Hache vous a présenté un cas de double caverne gangréneuse du poumon, et M. Després vous a montré un cas de pleurésie avec fausses membranes dans lequel, bien qu'il n'y eût aucun vestige de fistule pulmonaire, il a entendu le bruit métallique.

Maladies de l'appareil circulatoire. — M. Maisonneuve vous a présenté un cas de péricardite avec fausses membranes, dans lequel on pouvait distinguer deux couches membraneuses d'aspect différent, soit qu'elles appartinssent à deux époques différentes de formation, soit qu'elles fussent le résultat d'un départ opéré au sein d'un seul et même épanchement (M. Maison-neuve).

Parmi les exemples d'hypertrophie du cœur qui vous ont été soumis, les uns coïncidaient avec la dilatation des cavités (M. Ribes), les autres se conciliaient avec un état normal de ces dernières. La plupart de ces hypertrophies étaient exemptes de toute altération de texture; mais une d'elles vous a paru extrêmement remarquable par la conversion en tissu fibreux de la membrane interne du ventricule gauche, ainsi que par l'état coriace et filandreux que présentait le tissu charnu du cœur dans une étendue de quelques pouces (M. Reignier.)

Maladies des artères. — Divers cas d'insuffisance des valvules aortiques vous ont été présentés, sur lesquels vous avez vu que cette insuffisance tenait tantôt à ce que le bord libre des valvules se trouvait dans un état de tension et de rigidité qui ne permettait plus à ces replis membraneux de s'abaisser suffisamment pour boucher la lumière du vaisseau (M. Brun); tantôt, à ce que des valvules percées à jour dans leur centre, laissaient retomber à la manière d'un tamis le sang de l'aorte dans le ventricule gauche, et vous avez dû remarquer que cette dernière altération pouvait être envisagée comme la guérison d'une autre maladie, celle qui consisterait dans l'oblitération imminente de l'aorte par des végétations développées sur les valvules (M. Chassaignac).

Des pièces, se rapportant à l'inflammation des artères vous ont été soumises; je vous rappellerai à ce sujet l'observation que vous communiqua M. Robert, d'une inflammation de l'artère brachiale dans un cas de gangrène de la main. Un autre cas plus curieux encore de phlegmasie artérielle très-étendue vous a été présenté par M. Cazalis; vous avez pu constater dans ce cas la rougeur vive des artères enflammées, la conversion de quelques-unes en cordons fibreux; l'oblitération par caillots sanguins des artères crurale et iliaque primitive; l'oblitération partielle de l'aorte; la présence du pus dans les artères, tantôt au centre d'un caillot et entouré de tous côtés par du sang, tantôt à la surface même des caillots aortiques, et par conséquent se trouvant en nature au contact du sang circulant dans l'aorte, enfin l'épaississement considérable des parois artérielles.

L'inflammation des artères, qui paraît ne pouvoir exister à un degré un peu élevé sans entraîner l'oblitération complète ou incomplète des vaisseaux qu'elle envahit, nous conduit tout naturellement à l'examen des cas intéressans d'oblitération artérielle qui vous ont été présentés. Or, parmi ces cas d'oblitération des artères qui ne coïncidaient pas avec une inflammation actuelle de ces vaisseaux, je vous rappellerai 1° un cas d'oblitération presque complète du tronc brachio-céphalique par un caillot fibrineux (M. Brun). Un autre cas d'oblitération des artères du membre pelvien, dans lequel l'oblitération n'était pas complète, puisqu'au-dessous de troncs oblitérés se trouvaient des artères parfaitement perméables. La perméabilité des vaisseaux paraissait même avoir commencé à se rétablir dans quelques artères par le moyen d'une canalisation au centre des caillots (Reignier). — A côté de cette oblitération, qui était en quelque sorte en voie de guérison, et qui n'était du reste pas complète, je placerai celle que vous a présentée M. Maisonneuve. Ici l'oblitération était complète, l'état des artères attestait qu'elle devait être ancienne, et en outre elle remontait plus haut dans l'aorte abdominale qu'aucune de celles qui vous ont été présentées cette année. — Il n'est pas douteux, vu l'ancienneté de cette oblitération, qu'un système de circulation collatérale ne se fût établi, mais nous avons à regretter de ne pouvoir spécifier quel en avait été le mode.

Anévrysmes. — En suivant les anévrysmes qui vous ont été présentés, à partir du centre circulatoire, vous avez vu d'abord un cas dans lequel un anévrysme très-volumineux de la première courbure de l'aorte offrait l'imminence d'une double perforation, l'une en avant à travers la peau dans un espace intercostal; l'autre, en arrière, à la paroi antérieure de la trachée (M. Delmas). La tumeur considérable qui formait l'anévrysme présentait à sa partie antérieure un prolongement ou cordon fibreux creux intérieurement, dont la nature n'a pu être rigoureusement déterminée, mais qui semblerait être un reste de la sous-clavière droite. A ce sujet, on pourrait se proposer une question intéressante à résoudre, c'est la suivante : Quelles sont les altérations que subissent les veines sous-clavières dans les anévrysmes de la première courbure de l'aorte?

Un autre cas qui soulève des questions plus importantes, c'est cet anévrysme de l'aorte dont la dissection a été faite par MM. Denonvilliers, et Nélaton, cas dans lequel une poche anévrysmale, communiquant avec l'artère par un orifice retréci, n'offrait aucune trace de rupture aux trois tuniques artérielles; cette circonstance est tellement en contradiction avec le résultat général des observations d'anévrysme, que la Société anatomique, avant de prendre sous sa responsabilité l'admission d'un pareil fait, renvoya l'examen de la pièce à une commission au nom de laquelle M. Bérard jeune vous fit un rapport qui confirmait en ce qu'elle a de plus important la disposition dont je viens de parler, c'est-à-dire la continuité et l'identité parfaite des tuniques de l'artère et de celles de l'anévrysme.

L'inextensibilité des tuniques interne et moyenne ne permet guère de concevoir comment, même dans un tronc aussi volumineux que celui de l'aorte, elles auraient pu prêter, au point de former une poche du volume que vous avez vu, comment ensuite, ayant prêté à ce point, elles auraient continué à se dilater de telle sorte qu'elles aient pu, sans se rompre, permettre la formation d'un goulot ou collet faisant communiquer l'artère avec le sac anévrysmal. Mais enfin, quand bien même ce fait paraîtrait incompatible avec les propriétés connues des artères, quand bien même il serait contradictoire aux principes que Scarpa a déduits de ses belles recherches, peut-on exiger de ceux qui ont examiné cette pièce avec une juste défiance, qu'il renoncent au témoignage de leurs sens, et qu'ils révoquent en doute la possibilité de ce fait? Seulement, je ferai une remarque : s'il est dans la nature de ce cas d'être

tellement rare qu'on ne l'ait presque jamais observé, s'il arrivait qu'il ne se reproduisit plus, on conçoit qu'il ne saurait altérer la doctrine qui n'admet *d'anévrysme volumineux et à goulot retréci*, que là où il y a rupture des tuniques interne et moyenne des artères.

En nous éloignant du centre, les anévrysmes des artères rentrent dans le domaine de la chirurgie, et M. Boinet, vous a lu l'observation très-intéressante d'une des tentatives les plus heureuses, du moins dans ses résultats immédiats, qui aient été faites dans ce genre. Je veux parler d'un cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique pour lequel M. Laugier a pratiqué la ligature de la sous-clavière, opérant ainsi à la méthode de Bras d'or.

Un anévrysme de la sous-clavière que vous présenta M. Maisonneuve, offrait un caractère tel qu'on fut conduit à se demander si une tumeur accolée à l'artère ne s'était point fait jour dans l'intérieur du vaisseau, ou bien si la poche s'était développée par le mécanisme ordinaire de la formation des anévrysmes.

Maladies du système veineux. — Vous avez eu sous les yeux plusieurs pièces importantes qui se rattachent à l'inflammation des veines, à la phlébite et par conséquent à une question déjà si savamment étudiée, et dont la solution laisse cependant encore tant à désirer.

M. Tessier vous a présenté un cas d'inflammation des veines crurale et iliaque, sur lequel il vous a montré une fausse membrane située à l'embouchure de la veine iliaque dans la veine cave, ce qui rendait toute communication impossible entre la cavité de cette dernière et celle des veines enflammées. Vous avez eu tout récemment l'occasion de constater l'existence de ces obstacles au mélange du pus contenu dans des veines enflammées, avec le sang renfermé dans des veines encore saines. M. Fournet, vous a en effet présenté, sur une phlébite spontanée du membre pelvien, un très-bel exemple de ce que je proposerais d'appeler la *séquestration* des veines malades, par les caillots sanguins. Vous avez vu en effet qu'entre le pus renfermé dans les veines du membre pelvien et le sang qui devait circuler dans la veine cave, il existait dans la veine iliaque primitive, un caillot qui fermait tout accès à travers cette veine, formant ainsi un obstacle infranchissable à la transmission directe du pus dans le sang. Je dois rappeler que M. Tessier a insisté d'une manière spéciale sur ces obstacles que je viens de signaler.

M. Després vous a présenté un cas d'oblitération complète de la veine-porte qu'oblitérait un caillot sanguin. Par une relation facile à saisir, il y avait une ascite chez le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie.

Les concrétions osseuses dans les parois des grosses veines ne sont pas très-communes. Vous avez eu l'occasion d'en étudier les caractères dans un cas où la veine cave inférieure présentait à sa surface interne de petites écailles extrêmement fines et différant essentiellement par leur aspect des concrétions qui se rencontrent dans les tuniques des artères (M. Després).

M. Pouydebat vous a mis sous les yeux un exemple remarquable de varice anévrysmale des veines de l'avant-bras par suite d'une saignée malheureuse : je me bornerai à vous rappeler à l'occasion de ce fait deux circonstances bien dignes d'intérêt. C'est, d'une part, que la communication anormale n'existait pas de l'artère à la basilique comme on pourrait le croire, mais bien de l'artère à la veine brachiale profonde, et que cette communication avait lieu au moyen d'un canal parfaitement organisé ; c'est, d'une autre part, que la tumeur qui avait paru au pli du coude dans le début de la maladie, s'effaça sous l'influence d'une ligature de la brachiale, et ne s'est pas reproduite, tandis que plus tard on a vu succéder à cette tumeur l'apparition des varices anévrysmales.

Vaisseaux lymphatiques. — Un cas très-remarquable qui vous fut communiqué par M. Petit, vous a mis à même de constater la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques, à la suite d'une escharre du talon, autour de laquelle s'était formé un érisypèle.

Maladies de l'appareil digestif. — Parmi les altérations nombreuses de l'estomac qui vous ont été soumises, aucune ne s'est présentée autant de fois que le cancer de cet organe. Voici les diverses formes sous lesquelles vous l'avez observé : 1° Dans un cas où il y avait squirrhe de la portion pylorique de l'estomac, l'induration siégeait dans la tunique cellulaire sous-séreuse, les autres membranes étaient entièrement étrangères à la maladie (M. Maisonneuve). 2° Dans un autre cas, le cancer, siégeant également à la portion pylorique de l'estomac, présentait au plus haut degré la variété gélatiniforme, le tissu étant converti en une espèce d'éponge dont les vacuoles étaient remplies d'une matière analogue à de la colle de poisson à peine figée (M. Vernois.) Dans deux autres cas, le cancer était de nature évidemment encéphaloïde et consistait une fois dans la présence de plusieurs noyaux encéphaloïdes développés sous la muqueuse (M. Vernois). Une autre fois les productions encéphaloïdes n'étaient pas bornées à l'estomac, mais elles existaient en plusieurs autres points de l'économie, notamment dans l'humérus et dans le sternum, et tandis que, par un mécanisme dont j'ai déjà parlé, une encéphaloïde intra-médullaire faisait éclater l'humérus en se produisant au-dehors et donnait ainsi lieu à une fracture presque spontanée. D'un autre côté, les encéphaloïdes de l'estomac, amenant par leur ulcération la perforation de cet organe, préparaient un épanchement mortel dans l'abdomen. — Cette observation intéressante et recueillie avec beaucoup d'exactitude, vous a été communiquée par M. Marotte.

S'il est une variété de cancer d'estomac dont le diagnostic soit difficile, c'est sans doute celle qui, par la profondeur de son siége, se dérobe à toute exploration à travers les parois de l'abdomen : tel était ce cas très-intéressant que vous a soumis M. Ribes, et dans lequel une induration squirrheuse existait le long de la petite courbure, induration remarquable encore en ce qu'elle envahissait les deux orifices à la fois. Quelques détails précieux relatifs aux symptômes, et qui ont été donnés par M. Ribes, fourniront, je pense, aux pathologistes, des indications d'un haut intérêt.

A côté de ces altérations cancéreuses désespérées et sans ressources, vous avez observé des altérations de l'estomac, dans lesquelles la puissance de réparation des organes détruits ou ulcérés, était portée au plus haut degré qu'elle puisse atteindre. Des pièces nombreuses et importantes vous ont mis à même de vérifier directement plusieurs points de l'histoire de ces belles cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac. Ainsi, vous avez pu observer le mécanisme de leur formation, dans le cas de perforation complète du viscère, et constater cette substitution salutaire par laquelle les organes environnans, devenus solidaires de l'estomac sous le rapport de la continuité, ferment avec leur propre tissu les perforations de ce viscère. Vous avez vu le premier degré de ce travail dans les adhérences que vous a présentées le foie avec le fond de certaines ulcérations de l'estomac qui n'avaient pas complètement perforé l'organe (M. Cruveilhier). Vous avez vu ce travail dans toute sa perfection : 1° Dans un cas où une perforation de la paroi postérieure de l'estomac était tamponnée par le tissu du pancréas (M. Caseaux); 2° dans un autre cas où une perforation d'environ deux pouces de diamètre à la paroi supérieure de l'estomac se trouvait obturée par le foie, dont la membrane fibreuse était épaissie et comme lardacée (M. Coymès).

Mais, quelque satisfaisans que soient les résultats du travail réparateur dans les cicatrices d'anciens ulcères de l'estomac, vous n'avez pu méconnaître combien de dangers sont inhérens à ces cicatrices. Un des premiers, c'est celui de l'hémorrhagie; ainsi vous avez vu une hémorrhagie de l'artère splénique déterminer la mort dans un cas de cicatrice de l'estomac tamponnée par le pancréas (M. Caseaux). Un autre cas de mort par hémorrhagie provenant d'une cicatrice dont le fond était formé par le foie (M. Coymès). Vous avez vu l'hématémèse coexister avec une ancienne cicatrice de l'estomac (M. Cruveilhier). Les cicatrices ont encore cet inconvénient qu'elles peuvent aussi bien que des cicatrices de brûlure, par exemple, déterminer par leur rétraction une attitude recourbée du tronc en avant; elles ont ce danger que, rétrécissant dans certains cas l'orifice pylorique, elles peuvent préparer la rupture de l'estomac sous l'influence des dilatations fréquemment répétées de cet organe, et qu'elles peuvent devenir elles-mêmes le siége de ces ruptures. Tout ce que je viens d'exposer se trouve vérifié de point en point dans la belle observation que vous communiqua M. Cruveilhier d'une cicatrice circulaire du pylore qui détermina la rupture de ce viscère et un épanchement mortel dans l'abdomen (M. Cruveilhier).

Deux cas de taches mélaniques à la surface interne de l'estomac vous ont été soumis : dans l'une la coloration était purement tangentielle et ne paraissait liée à aucune autre altération de l'organe (M. Baillarget); dans l'autre il y avait imprégnation même du tissu de l'organe qui, dans le lieu de la coloration anormale paraissait ramolli (M. Cruveilhier).

Deux beaux exemples des altérations qui peut subir l'estomac par l'effet des acides minéraux vous ont été soumis. L'un, dans lequel la mort avait été immédiate; l'autre, dans lequel elle était survenue lentement. Dans ce dernier cas où l'empoisonnement avait été produit par l'acide nitrique, vous n'avez observé rien autre chose qu'une hypertrophie des parois avec rétrécissement du pylore (M. Vernois). Dans l'autre, qui avait été déterminé par l'acide sulfurique et qui amena la mort au bout de six heures, vous avez vu que la principale altération consistait dans un épanchement sanguin sous-muqueux, dans lequel, le sang, au lieu d'être uniformément répandu, formait de grosses masses dures et compactes. (M. Caseaux).

Parmi les altérations, presque toutes dignes d'intérêt, qui vous été soumises comme appartenant à l'intestin, vous avez observé 1° une mélanose des villosités (M. Baillarget). 2° une gangrène des valvules conniventes dans une étendue d'environ deux pieds (M. Maisonneuve); 3° une ulcération de l'intestin grêle ayant la plus parfaite analogie d'aspect avec une ulcération syphilitique de l'utérus existant simultanément; en sorte qu'en supposant qu'on eût pu faire disparaître le substratum de ces ulcérations, on aurait cru infailliblement à une même lésion produite par une même cause dans le même tissu (M. Choisy); 4° un épanchement sanguin sous-muqueux ayant son origine primitive dans une plaque de Peyer ulcérée (M. Caseaux); 5° une invagination de la fin de l'intestin grêle et du cœcum dans le colon avec rupture de l'intestin grêle au-dessus de l'invagination et péritonite mortelle (M. Grisolles); 7° un ulcère de l'intestin ayant perforé les trois tuniques et se trouvant obturé par un tampon épiploïque (M. Cruveilhier); 8° enfin, deux beaux cas d'étranglement interne, différens par leur cause, mais également remarquables dans leur mécanisme. Le premier, dû à une oblitération de l'intestin, que détermina le passage d'un calcul biliaire de la vésicule dans l'intestin grêle à travers une perforation des parois de ces deux cavités (M. Reignier). L'autre cas, dû à l'existence d'une double bride, s'étendant de la face postérieure de l'utérus à la face antérieure du sacrum et dans la duplicature de laquelle une anse d'intestin grêle avait été étranglée (M. Brun). A ces diverses altérations, je dois joindre un cas assez remarquable d'enduit d'une nature non-déterminée à la surface interne du gros intestin (M. Husson fils); et ce double anus contre-nature ouvert dans la cavité d'un utérus cancéreux (M. Husson fils). En me servant ici de la dénomination de double anus anormal, je dois convenir que c'est seulement pour désigner la présence de quatre orifices intestinaux, dans le foyer cancéreux, sans rien préjuger sur les autres circonstances qui pourraient faire contester à ce cas remarquable la dénomination d'anus anormal.

Les maladies du rectum sortent sous plusieurs points de vue, de la catégorie des lésions du reste du tube intestinal: elles devaient donc être réunies en un même groupe; or, voici celles qui ont principalement fixé votre attention: d'abord, une chute du rectum chez un enfant, pièce qui explique parfaitement ce qu'on doit

entendre par l'expression impropre de renversement des trois tuniques. Sur cette pièce, vous avez vu les deux tuniques internes bien évidemment renversées, tandis que la tunique péritonéale, dans l'état de protrusion, venait tapisser le fond de la rigole circulaire qui existe au fond de la duplicature des deux autres tuniques. Il est probable qu'en s'expliquant ainsi, ceux qui ont parlé du renversement des trois tuniques, se seraient épargné des dénégations qui portaient sur le vice de l'expression employée par eux. En effet, la tunique péritonéale descend, elle ne se renverse pas.

A côté des altérations du canal intestinal, viennent se placer naturellement les pièces qui se rapportent aux hernies. Je vous rappellerai à ce sujet les cas suivans: 1° M. Maisonneuve vous a présenté deux anciens sacs herniaires, traversés par une bride épiploïque, se rendant au fond du sac le plus ancien; 2° vous avez vu une hernie crurale dans laquelle la rupture par gangrène de l'intestin eut lieu au 6e jour de l'étranglement (M. Després); une autre hernie crurale, remarquable en ce qu'elle présentait deux poches, l'une à l'extérieur de l'abdomen, l'autre à l'intérieur de cette cavité. Entre autres circonstances particulières à cette hernie, vous avez remarqué deux étranglemens: le premier, siégeant à l'anneau crural et qui avait été levé pendant l'opération; le second, siégeant à une ouverture annulaire assez étroite, qui établissait la communication entre le sac intra abdominal et la cavité du péritoine.

Maladies du foie. — Une des altérations les plus curieuses qui vous aient été présentées, c'est cette conversion de l'organe en une masse jaune compacte, ayant au moins le triple du volume ordinaire du foie, et dans lequel on voyait semés çà et là des noyaux non enkystés d'un tissu évidemment érectile: c'est peut-être un des seuls exemples qui ait été offert à la Société de cette double transformation, ayant lieu simultanément dans le tissu du foie (M. Caseaux). L'enkystement du foie, soit partiel, soit général, est une des altérations qui vous ont été le plus souvent présentées, et vous l'avez observée à toutes les nuances, depuis l'enkystement granulaire dans lequel chaque grain semble avoir sa cellule (M. Peyrot), jusqu'à l'enkystement lobulaire ou cloisonnement du foie, par des traverses fibreuses, qui isolent des lobules plus ou moins considérables et donnent au foie cet aspect bosselé qu'on rencontre si fréquemment dans la scirrhose. Vous avez pu, dans un cas que vous présenta M. Reignier, constater l'épaisseur considérable des lames fibreuses qui semblent cloisonner le tissu de l'organe. Enfin, vous avez observé l'enkystement général de l'organe dans un cas d'ascite où le foie, revenu sur lui-même et enveloppé dans des fausses membranes très-épaisses, semblait avoir été condensé sous l'influence d'une forte pression (M. Vernois). Dans tous les cas d'enkystement soit partiels, soit généraux, vous avez constamment observé l'atrophie générale ou partielle de cet organe. Dans tous ces cas aussi, il y avait altération de la texture.

A quoi tient cette singulière tendance que présente le tissu du foie à l'enkystement? Est-ce un résultat de sa texture anatomique ou de la nature de ses maladies? ces cloisons fibreuses sont-elles le résultat d'une production nouvelle, sont-elles la conséquence de l'atrophie de grains ou de lobules glanduleux dont la disparition permettrait à des lames fibreuses, d'abord séparées, de s'appliquer les unes contre les autres. Enfin, ne seraient-elles point une conséquence de la présence dans le foie de cette membrane spéciale à laquelle on a donné le nom de capsule de Glisson?

Une altération assez curieuse et peu connue du foie a été présentée par M. Cazalis. L'organe avait une compacité, une couleur et une cassure analogues à celle de la cire jaune M. Stanski, vous a montré une scirrhose du foie avec dilatation de la veine-porte.

Je terminerai l'exposé de ces altérations, en vous rappelant deux observations de cavernes du foie, qui toutes deux avaient eu leur origine primitive dans cet organe, mais qui différaient entre elles par leur nature et par le mode de communication qu'elles avaient établie avec les muqueuses. La première était cette vaste caverne cancéreuse qui communiquait avec le duodénum, et formait ainsi dans le sein même du foie un diverticulum dans lequel pénétraient les alimens (M. Pegot). L'autre était cette poche acéphalocyste devenue purulente, qui, ayant détruit le diaphragme, s'était approprié une partie considérable du poumon droit. Dans la partie des parois de ce kyste formée par le poumon, vous avez remarqué une calotte épaisse de matière crétacée (M. Laurence).

Quelques altérations de la vésicule vous ont été soumises. Dans un cas vous avez vu des escharres de ce réservoir membraneux; dans un autre, vous avez observé un abcès de cette vésicule accompagné d'une dilatation considérable; et, ce qui vous a paru digne d'attention dans ce dernier cas, c'est qu'aucune adhérence ne s'était établie entre la vésicule et le péritoine, en sorte qu'une rupture eût infailliblement amené l'épanchement du pus dans l'abdomen (M. Cruveilhier). On vous a aussi présenté un calcul biliaire d'un blanc éclatant trouvé dans la vésicule du fiel, et légèrement verdi du côté du canal cystique. A l'aspect de ces calculs biliaires, dépouillés ainsi complètement de matière colorante, on est porté à s'adresser cette question: Des calculs ne pourraient-ils pas se former dans la vésicule après que tout accès dans ce réservoir est devenu impraticable à la bile, et n'y a-t-il pas deux espèces de calculs de la vésicule biliaire, ceux qui sont produits par la bile, et ceux qui seraient le produit spécial de la vésicule, sans intervention de la bile? Je ne sais si cette distinction a jamais été proposée; si elle n'existait pas, peut-être devait-on la faire.

M. Baillarget vous a montré au milieu du tissu de la rate, une concrétion dure, à mamelons inégaux, et dont la section offrait un aspect lisse, analogue pour la semi-transparence et pour le poli de la surface, aux pierres dans lesquelles prédomine la silice.

Le même membre vous a présenté un cas remarquable de rupture de l'aorte abdominale, derrière le pancréas et le duodénum, vous avez pu remarquer que le

sang avait pénétré dans le mésentère en en décollant les feuillets. M. Guérard vous a présenté un cas assez curieux de péritonite chronique. On vous a encore présenté un cas de gangrène du gros intestin par engouement de matières fécales (M. Després); un cas de rétrécissement du rectum avec altération des tuniques de cet intestin, qui étaient inégales et bosselées (M. Tessier): il y avait dans ce cas fistule vaginale; — une perforation du rectum par une tumeur encéphaloïde de la cloison recto-vaginale (M. Sonnié-Moret); enfin un cas très-remarquable de fistule stercorale à travers le sacrum; cas d'autant plus curieux que la tumeur qui amena cette fistule avait commencé sans cause connue et dès l'enfance (M. Tonnelier).

Une production qui semble affecter pour le rein une prédilection toute spéciale, c'est la transformation vésiculaire ou en kystes séreux. Vous avez pu observer dernièrement un cas dans lequel la totalité du rein était ainsi convertie en une grappe de kystes contenant des liquides de couleur variée (M Boinet,). Un cas de tumeurs encéphaloïdes du rein au sein desquelles existaient des collections sanguines à divers degrés de décoloration, et la présence dans la veine rénale d'un sang qui semblait se convertir en encéphaloïde, ont fourni à M. Tessier l'occasion d'avancer quelques propositions qui sont consignées dans le Bulletin N° 6, et dont il a promis de faire l'objet d'un travail particulier. — On vous a présenté chez un sujet qui avait des tubercules pulmonaires, un kyste hydatique développé dans le rein (M. Rippaul.) M. Sestier, vous a présenté un cas remarquable de dilatation d'un bassinet et d'un uretère, sans cause appréciable de stagnation de l'urine dans ces cavités. Enfin vous avez dû tout récemment à M. Taupin une belle observation de maladie de Bright. Indépendamment des autres altérations anatomiques qui appartiennent à cette maladie, on vous a fait remarquer que la surface du rein offrait des taches rouges, déprimées, au niveau desquelles la substance corticale était presque totalement détruite.

(M. Larcher) vous a communiqué un cas de foyer gangréneux de la prostate co-existant avec la présence de calculs prostatiques taillés à facettes. Vous avez vu un cas de fausses routes pratiquées dans la prostate chez un individu qui n'avait autre cause de rétention d'urine que la présence d'un abcès enkysté dans le voisinage de l'urètre (M. Defrance). Enfin on vous a communiqué deux cas d'interruption des parois de l'urètre (M. Caseaux, M. Cazalis).

Divers cas de production de tubercules dans l'appareil spermatique de l'homme, vous ont été soumis. Ainsi vous avez vu, 1° des tubercules de la vésicule séminale chez un phthisique qui avait un écoulement urétral (M. Reignier), des tubercules dans l'épididyme du même sujet; des tubercules du testicule. On vous a aussi présenté des tubercules du testicule qui avaient été recueillis chez un enfant de cinq ans. Sur l'un des testicules, un trajet fistuleux semblait attester l'élimination qui s'était faite d'un tubercule testiculaire, tandis que dans le testicule opposé existait encore un tubercule à l'état d'intégrité parfaite (M. Nélaton). Un seul cas de cancer du testicule vous a été présenté, et les renseignemens fournis sur l'histoire du malade vous ont appris qu'au fur et à mesure de la progression ascendante de la tumeur vers l'anneau, dans lequel il s'engageait déjà avant l'opération, une hernie inguinale existant des deux côtés s'était spontanément réduite (M. Monod).

L'étendue déjà trop considérable de ce travail ne me permet pas de vous présenter autre chose qu'une rapide énumération des altérations multipliées et curieuses qui vous ont été présentées dans l'appareil générateur de la femme. Ainsi vous avez vu, 1° une rupture du col de l'utérus par cause mécanique (M. Mavré); 2° une autre rupture de l'utérus, qui s'était effectuée dans la cavité péritonéale par suite de la fonte purulente d'un polype volumineux de cet organe (M. Fourcade); 3° une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure du col utérin, et simulant une tumeur fibreuse de l'ovaire (M. Pegot); un col utérin cancéreux (M. Denonvilliers); une récidive du cancer utérin chez une femme qui avait déjà subi l'amputation du col de cet organe (M. Rippault); un autre cas de cancer dans lequel le corps du même organe converti en un vaste cloaque, était l'aboutissant de deux ruptures du canal intestinal, l'une siégeant dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin (M. Husson fils); des tubercules développés dans le corps de l'utérus chez une femme phthisique (M. Hardy); un abcès enkysté de la cavité utérine avec oblitération du col (M. Husson); des petits kystes séreux développés dans la lèvre antérieure du col utérin (M. Sonnié-Moret); une fausse membrane formée à la surface interne de l'utérus, chez une femme de 76 ans qui avait dans le corps et à la surface interne de ces organes des productions fibreuses (M. Vernois).

On vous a présenté deux cas fort remarquables de grossesse tubaire dans lesquels la rupture de l'œuf avait eu lieu à des époques différentes de la grossesse, mais qui eurent toutes les deux ceci de commun que la rupture de l'œuf fut accompagnée d'une hémorrhagie abdominale qui détermina la mort en quelques heures (M. Dupré, M. Caseaux).

Enfin, on vous a montré un cas dans lequel la trompe, remplie d'une matière tuberculeuse, avait été le point de départ d'une leucorrhée dont on était loin de soupçonner pendant la vie la nature et la source (M. Pégot). A ce sujet, je demanderai à hasarder une conjecture que semble justifier l'analogie. Vous vous rappellez que M. Reignier vous présenta de la matière tuberculeuse dans les vésicules séminales; or, serait-il impossible que si chez la femme une leucorrhée tuberculeuse peut avoir sa source dans la trompe, il ne pût arriver que chez l'homme une gonorrhée tuberculeuse eût sa source dans la vésicule séminale. Je sais que l'espace qu'aurait à parcourir la matière tuberculeuse dans ce dernier cas est beaucoup plus considérable. Mais enfin, je ne crois pas que cette supposition soit absolument dénuée de vraisemblance.

Ici, Messieurs, un rapprochement naturel se pré-

sente entre les altérations des parties génitales internes de la femme et celles des produits de la génération. Sous ce rapport, je dois mentionner la présence des tubercules dans le placenta d'une femme phthisique et qui avait aussi des tubercules dans l'utérus (M. Hardy,); la transformation hydatidaire du placenta avec atrophie du fœtus (M. Caffe); divers cas de spina bifida qui vous ont été présentés par M. Lebiborder; et un cas remarquable de céphalœmatome que vous a montré M. Valleix.

Quant aux altérations observées dans les parties génitales externes de la femme, je me bornerai à citer 1° un cas très-curieux de tumeur encéphaloïde développée dans la cloison recto-vaginale et s'étant ulcérée du côté du rectum (M. Sonnié-Moret); 2° un cas de perforation cancéreux de la même cloison recto-vaginale (M. Reignier,); enfin, une gangrène des parties génitales chez les jeunes enfans, simulant des ulcérations syphilitiques.

Telle a été, Messieurs, l'abondante collection de faits qui vous a passé sous les yeux dans le cours de cette année. Profondément convaincu que si toute Société scientifique n'a d'existence que par ses travaux, elle n'a, d'un autre côte, d'importance et d'utilité pratique que par l'usage qu'on peut faire des matériaux qu'elle apporte à la science, j'ai été guidé dans la rédaction de mon travail par ce principe: qu'il fallait avant tout, dans un compte rendu, faciliter l'usage des matériaux dont il renferme le dénombrement. En deux mots, généraliser, dans de justes limites, des faits que le hasard a rassemblés, les ranger par catégories et indiquer scrupuleusement leur source, afin d'en faciliter la recherche et de rendre à chacun ce qui lui est dû, tel a été le but constant de mes efforts. Si, pour atteindre ce but, j'ai cru devoir m'éloigner de la marche adoptée par mes honorables prédécesseurs, je déclare ici que ce n'est pas pour la puérile satisfaction de faire différemment des autres, et moins encore dans la pensée d'exercer une critique indirecte sur les travaux de ceux qui m'ont précédé.

Je croirais, Messieurs, manquer à une des conditions de mon mandat, si je terminais ce compte-rendu de vos séances sans rendre à celui qui les a dirigées un juste tribut d'éloges et de remerciemens pour la manière dont il a exercé au milieu de nous cette magistrature toute de bienveillance et de conciliation qui lui mérite à un si haut degré notre affection et notre estime. C'est seulement à la condition d'une liberté absolue des discussions, que peut prospérer une Société où se trouvent des jeunes gens qui ont déjà un noble instinct de leur indépendance. Une telle Société ne peut se maintenir que sous un patronage qui s'exerce par la persuasion, par une entière impartialité, par un scrupuleux respect des droits de chacun, et par une bienveillance de tous les instans; à tous ces titres, Messieurs, la Société anatomique n'a, j'en ai la conviction, aucun désir à former.

—

Mémoire sur plusieurs points de la respiration; par P. N. Gerdy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et chirurgien à l'hôpital Saint-Louis.

Le physiologiste étudie les phénomènes de la vie de plusieurs manières; tantôt il les observe *simplement* sur lui-même, sur un homme ou sur un animal, sans les avoir provoqués par aucun artifice; tantôt il les observe sur lui-même en les y développant par sa propre volonté quand ces phénomènes sont sous la dépendance de la volonté; d'autres fois il les provoque par l'expérimentation ou l'expérience sur l'homme ou les animaux; dans certains cas, il observe ces phénomènes en gros ou en masse et sans analyse; dans d'autres, il examine d'abord s'ils sont *complexes*, et s'ils le sont, il en étudie, un-à-un et tour-à-tour, chaque élément pour le bien connaître. Parfois, se servant beaucoup plus de ses sens que de son esprit, il regarde beaucoup, il réfléchit peu, et il raisonne moins encore; parfois, au contraire, se servant autant de ses sens que de son esprit, il observe autant qu'il raisonne, et réfléchit autant qu'il regarde. Enfin, souvent il interroge la structure des organes pour comprendre et deviner, par l'analyse de leurs élémens matériels et par le raisonnement, les actions que leur disposition matérielle et leurs propriétés leur permettent d'exécuter. Employer tous ces moyens et toutes ces méthodes pour arriver à la connaissance des phénomènes de la vie, c'est parcourir toutes les voies qui peuvent y conduire et multiplier les chances de succès. C'est aussi ce que nous avons fait dans nos recherches de physiologie.

On a cru que nous repoussions la méthode expérimentale, les expérimentations faites sur les animaux vivans, que nous fermions les yeux à l'éclat des lumières quelles fournissent; mais comment a-t-on pu nous adresser un pareil reproche? N'avons nous pas placé en tête de notre *physiologie* cette épigraphe assez claire: « Depuis la fin du dernier siècle, la physiologie emploie exclusivement le même moyen de recherches.... Elle paraît n'en plus connaître d'autre que l'expérimentation. Notre physiologie ne sera point exclusive.. Comme nous avons plus d'une voie pour arriver à la vérité, elle les explorera toutes sans exceptions. » Pourquoi donc nous accuse-t-on de rejetter les expériences sur les animaux vivans? Est-ce par cela seul que nous n'employons par exclusivement cette méthode?

Cependant, quoique nous n'en repoussions aucune, nous l'avouerons, il en est quelques-unes que nous avons plus employées que les autres. C'est l'observation de soi-même, l'observation analytique, l'étude de la structure des organes, et le raisonnement. Elles forment ensemble une méthode complexe; je l'appellerai en abrégé, la méthode *analytique rationelle.* Beaucoup d'autres physiologistes l'ont employée avec succès, mais personne peut-être n'en a fait unusage aussi constant dans aucun temps. Aussi me permettrai-je parfois de l'appeler *ma méthode*, comme si le grand usage que j'en ai fait, comme si les nombreuses découvertes que je lui

dois, me l'avaient rendue propre et toute particulière. C'est aussi parce que la méthode des vivisections est seule en honneur de nos jours, que par reconnaissance pour les lumières que je dois à l'étude analytique rationnelle, j'ai accusé la méthode des expériences sur les animaux vivans d'être trop exclusivement employée. Et comment ne serais-je pas enthousiaste de la méthode analytique rationnelle quand je puis prouver qu'elle change la face de la science par le grand nombre de faits qu'elle y ajoute ou qu'elle éclaircit? Le mémoire suivant fournira une preuve de ce que je viens d'avancer. Parmi toutes les observations et tous les faits de physiologie générale, et de physiologie pathologique et chirurgicale en particulier que je dois à la méthode analytique rationnelle, je ne citerai pour le moment que les recherches sur quelques points de la respiration.

Pour le moment, j'appliquerai ma méthode, qu'on me permette cette expression, à l'étude et à la démonstration d'un phénomène très complexe: celui de la respiration.

De la respiration. — Ce phénomène est complexe et comprend, 1° le besoin de respirer; 2° les phénomènes mécaniques de la respiration, et 3° les phénomènes chimiques; nous ne parlerons que des premiers.

Du besoin de respirer. — En étudiant ce phénomène sur moi-même, et par l'analyse, je le trouve composé de deux autres. En effet, 1° j'éprouve en résistant au besoin de respirer une sensation singulière que chacun peut connaître par une expérience simple et facile, et 2° je suis agité de mouvemens inspiratoires involontaires. La sensation naît dans la poitrine et se propage ensuite à tout le corps, mais plus spécialement au périnée et au pénis, où elle n'est pas sans volupté. Voilà des faits qui m'ont paru constans. Du moins toutes les fois que j'ai résisté assez long temps au besoin de respirer, j'ai éprouvé la même succession de sensations.

Suivant un auteur qui n'a pas compris ce que j'ai dit à ce sujet dans la préface de ma *Physiologie*, page 56 (1), je penserais qu'il existe quelque sympathie entre la sensation du besoin de respirer et certaines sensations agréables qui se développent au périnée et dans les organes génitaux : ..... et il serait plus juste de les attribuer à la moelle-épinière. D'abord, je n'ai point parlé de sympathie; j'ai annoncé tout simplement les sensations que l'on éprouve dans la circonstance indiquée. J'ai ajouté : Ces sensations voluptueuses expliquent les érections et les éjaculations que l'on observe chez les pendus. Eh bien! peut-on nier qu'il n'y ait un frappant, un remarquable rapport entre les sensations de volupté, les érections et les éjaculations dont nous venons de parler. Quoi! je serais obligé de prouver que les excitations voluptueuses des organes de la génération donnent lieu à des phénomènes d'érection!

Les mouvemens involontaires d'inspiration ou d'aspiration ne se manifestent que lorsque le besoin de respirer est devenu très-vif et très-pressant. Ils se manifestent par des efforts de plus en plus puissans, de plus en plus énergiques, dans les narines, la gorge et les parois de la poitrine surtout, que l'activité mystérieuse de l'instinct agite avec violence et même malgré la volonté. Il est probable que ces efforts toujours croissans finiraient par l'emporter sur l'action constringente de la glotte malgré la volonté la plus opiniâtre et la plus ferme, et que personne ne peut retenir son haleine jusqu'au point de se faire mourir de suffocation ou d'asphyxie.

Le besoin que l'on éprouve lorsqu'après une longue aspiration, et la poitrine pleine d'air, on s'efforce pendant un certain temps de ne pas respirer, me paraît être le même que celui qu'on ressent lorsque, les poumons étant vidés par une forte expiration, l'on éprouve le besoin de respirer. Du moins, si l'air renfermé dans les poumons concourt à l'y faire naître par son action, l'expulsion partielle ou totale de l'air qui les dilate ne soulage pas sensiblement.

Des phénomènes mécaniques de la respiration. — Ces phénomènes consistent dans la dilatation et le resserrement alternatifs de la poitrine, et les uns sont l'inverse des autres; aussi, il nous suffira de décrire ceux de dilatation pour les faire connaître tous.

De la dilatation de la poitrine. — La dilatation de la poitrine se fait sous l'influence d'efforts musculaires dont je ne veux pas plus m'occuper ici que des efforts musculaires qui coopèrent parfois au resserrement de la poitrine dans l'expiration. Il y a dans ce phénomène qui est fort complexe, agrandissement de la cavité du thorax d'avant en arrière, d'un côté à l'autre, et de haut en bas, et cette dilatation générale résulte des mouvemens du diaphragme, du sternum et des côtes. Je me propose d'analyser ici les mouvemens de ces os. Car, quoique cette question ait été débattue entre les plus grands physiologistes, et que sa solution leur ait présenté des difficultés insurmontables, j'ose dire qu'elle ne résistera pas à l'analyse logique ou rationnelle, et en démontrera la puissance.

Tout le monde sait que, suivant Haller, la première côte est la plus fixe, et que les autres sont d'autant plus mobiles, qu'elles sont plus inférieures.

Tout le monde sait aussi qu'un des plus illustres physiologistes français, M. Magendie, prétend, au contraire, « que la mobilité (des côtes), va décroissant depuis la première jusqu'à la septième. » Il assure même que cela est de toute évidence. Il faut pourtant convenir que si le fait était de toute évidence, le plus grand des physiologistes, et l'un des plus grands hommes que les sciences aient jamais vus, aurait dû l'apercevoir. Mais à quoi peut tenir une aussi considérable divergence d'opinion entre deux hommes aussi distingués qui ont tous deux consulté l'expérience et examiné la chose avec une grande attention? Elle tient à ce qu'ils n'ont pas examiné les mouvemens des côtes, et à ce qu'ils ne se sont pas assez servi de l'analyse et du raisonnement. L'examen successif des

(1) Bérard, *Physiologie par Richerand*, tome II, p. 19.

mouvemens du sternum et des côtes va, je crois, le démontrer.

Mouvemens du sternum. — Cet os exécute des mouvemens qui se réduisent, par l'analyse, à des mouvemens d'ascension, de projection et de bascule.

Le *mouvement d'ascension* est à peine sensible ou entièrement insensible dans la respiration ordinaire; mais quand elle se fait avec activité, le sternum s'élève, d'après mes observations, de près d'un pouce, et le résultat est à-peu-près le même, que l'on mesure ce mouvement à l'une ou à l'autre extrémité de l'os.

Le *mouvement de projection* porte le sternum en avant, et l'y porte tantôt également dans tous les points de sa longueur, tantôt davantage par son extrémité inférieure, en sorte qu'alors le sternum éprouve à-la-fois *un mouvement de projection* et *un mouvement de bascule.*

Le pelvimètre ou compas de Baudelocque, dont les deux branches décrivent, chacune de leur côté, un demi-cercle, et ensemble un grand cercle capable d'embrasser aisément la poitrine, permet de s'en assurer avec la plus grande facilité. Si l'on place l'extrémité de l'une de ses branches dans la gouttière du dos, et l'autre devant le sternum, à différentes reprises successivement, tandis que le malade respire largement, on s'assure que le mouvement de projection est aussi de près d'un pouce, et qu'il y a tantôt simple projection, tantôt en même temps bascule du sternum. Cet os n'exécute donc pas seulement un mouvement de bascule, comme on l'enseigne généralement.

Les mouvemens dont je viens de parler sont habituellement produits par le mouvement d'ascension des côtes: dans la respiration volontaire la plus forte, les muscles sus-sterniens paraissent, du moins au toucher, complétement inactifs.

Mouvement des côtes. — L'analyse prouve qu'ils consistent en des mouvemens d'ascension ou d'élévation, et en des mouvemens de rotation.

L'élévation est un mouvement de rayon. Les côtes tournent autour d'un axe horizontal qui traverse leur extrémité postérieure de dedans en dehors, tandis que leur extrémité antérieure décrit de bas en haut une portion de cercle. Dans ce mouvement les côtes tendent toutes à devenir horizontales ou perpendiculaires à la colonne vertébrale, à laquelle elles sont fixées d'une manière un peu lâche par leur extrémité postérieure. Mais s'élèvent-elles autant les unes que les autres? Voilà une question fondamentale pour la solution de celle du mouvement total des côtes. Eh bien! raisonnons un peu: les sept premières côtes sont fixées au sternum, les unes au-dessus des autres, d'une manière assez solide pour qu'on puisse assurer qu'elles ne peuvent ni se rapprocher, ni s'écarter les unes des autres par l'extrémité antérieure. Enchaînées ainsi les unes aux autres par le sternum, elles ne peuvent s'élever l'une sans l'autre, et quand la première s'élève d'un demi-pouce par son extrémité antérieure, les six côtes suivantes et le sternum s'élèvent nécessairement de la même quantité. *Donc les sept premières côtes s'élèvent ensemble et d'une quantité absolument égale, par leur extrémité antérieure;* en un mot, leur élévation absolue est la même. Mais y a-t-il de la différence pour les 8e 9e et 10e qui s'articulent les unes avec les autres, et de plus avec le sternum, par l'intermédiaire de la 7e? Je ne le pense pas, car c'est comme si la 7e qui les prolonge et qui les unit ou les rattache au sternum antérieurement, ne faisait que les continuer directement par continuité de substance. Elles sont obligées de la suivre dans son ascension, parce qu'elles y tiennent médiatement ou immédiatement. Les 11e et 12e côtes sont plus indépendantes que les précédentes, parce qu'elles ne sont point enchaînées comme les sept premières le sont l'une à l'autre par le sternum. Mais puisque les côtes présentent à leur extrémité antérieure *une élévation absolue* qui est la même pour toutes, comme elles sont d'autant plus longues, qu'elles sont plus inférieures, elles doivent nécessairement se mouvoir d'autant moins dans leur articulation costo-vertébrale, et s'élever d'autant moins par les différens points de leur longueur, à une même distance de la colonne vertébrale, qu'elles sont plus inférieures. En un mot, leur *élévation relative* est d'autant moindre que les côtes sont plus inférieures, c'est-à-dire, plus longues, ou, pour parler plus exactement, elle est en raison inverse de la distance comprise entre les extrémités de l'arc de chacune des côtes, les cartilages y compris. Il est clair qu'il faut faire abstraction des côtes flottantes, et peut-être même à la rigueur, des autres fausses côtes dans l'application de ce principe.

La *rotation* des côtes est un mouvement par lequel la convexité de leur axe s'élève, par lequel leur plan, dirigé en bas et en dehors, tend à devenir perpendiculaire à l'axe de la poitrine. Elles tournent comme si elles le faisaient autour d'une ligne qui passerait par leur deux extrémités.

Dans ce mouvement, le cartilage de chaque côte se comporte comme s'il faisait partie de l'os. Il constitue, en effet, avec la côte, un levier brisé, étendu des vertèbres au sternum immédiatement, pour les sept premières et médiatement pour les sept dernières.

Dans ce mouvement, la convexité de la côte est soulevée par les muscles inspirateurs; le mouvement se propage jusqu'aux articulations, et les ligamens y résistent presqu'aussitôt qu'il commence. Le mouvement s'accomplit alors aux dépens de ces mêmes ligamens qu'il tord ou distend, et aux dépens des cartilages costaux qui se tordent ou se plient, selon qu'ils suivent plus ou moins exactement l'arc de la côte qu'ils prolongent.

Mais ce mouvement est-il le même dans toutes les côtes? Pour répondre à cette question, examinons les une à une, depuis la première jusqu'à la dernière; mais examinons-les liées ensemble par le sternum et les vertèbres, comme elles le sont réellement, et non isolées les unes des autres par une section faite dans un point de leur longueur, comme l'a fait M. Magendie. Or, en procédant toujours par voie d'analyse, nous sommes frappés de plusieurs faits remarquables: 1° la convexité de

la première côte et le plan de sa courbure, par conséquent, sont dirigés en dehors directement; 2° à cause de cette direction, si la convexité de cette côte s'élevait par un mouvement de rotation, le diamètre transversal de la cavité de la poitrine diminuerait entre la première côte droite et la première gauche, par le rapprochement que ces deux os éprouveraient. Si l'on cherche à produire ce mouvement sur le cadavre d'un adulte, et surtout d'un vieillard, on ne peut y parvenir, parce que le cartilage gros et court de la première côte est inflexible et ossifié. 3° Enfin, par suite de ces dispositions, la première côte ne participe pas sensiblement ou ne participe point du tout au mouvement de rotation.

Si maintenant nous examinons successivement et de la même manière toutes les côtes suivantes; si nous analysons successivement par l'expérience sur le cadavre, et si surtout nous apprécions par le raisonnement, 1° les effets de la direction du plan ou de la convexité de chaque côte; 2° de l'angle de leur union avec leur cartilage de prolongement; 3° de la longueur de ce cartilage; 4° de la mobilité que chacune de leurs articulations présente pour le mouvement de rotation, nous sommes encore frappés de plusieurs faits qui jettent un grand jour sur la solution de la question proposée. La direction de leur plan ou la convexité de leur courbure regarde d'autant plus en bas et en dehors, qu'elles sont plus inférieures, et leur permet, en se relevant, d'agrandir d'autant plus le diamètre transversal de la poitrine; d'ailleurs les côtes forment avec leurs cartilages des angles d'autant plus aigus, et leurs cartilages sont d'autant plus longs, et par conséquent d'autant plus souples et plus flexibles, que les côtes sont plus inférieures. Or, il résulte de toutes ces dispositions, que si le mouvement de rotation est nul dans les deux premières côtes, il devient de plus en plus sensible dans les suivantes jusqu'à la 7e.

Si nous poursuivons notre examen dans les 8e, 9e et 10e côtes, nous trouvons qu'elles exécutent encore plus librement le mouvement de rotation, parce qu'elles forment, par l'intermédiaire de la 7e, des arcs encore plus étendus. Peut-être aussi n'éprouvent-elles qu'un mouvement d'écartement ou de renversement en dehors, à chacune de leurs articulations antérieures, par suite de la disposition de ces jointures. Quant aux 11e et 12e, elles sont trop indépendantes des précédentes, par leurs connexions, pour que l'on puisse, avec assurance, les soumettre aux mêmes lois.

Il résulte de toutes ces observations et de tous ces raisonnemens, que *la rotation des côtes est d'autant plus étendue qu'elles sont plus inférieures.* Maintenant que nous avons analysé chacun des mouvemens élémentaires des côtes, voyons si nous pourrons parvenir à résoudre le problême de la mobilité comparative des côtes supérieures et des inférieures.

Il est clair que, si l'excès du mouvement ascensionnel des premières sur les dernières est égal à l'excès du mouvement de rotation des dernières sur les premières, il y a égalité de mouvement pour les unes et pour les autres. Mais cette égalité existe-t-elle? Pour répondre à cette question, il faudrait que les deux mouvemens fussent de même espèce. Mais tandis que l'un est un mouvement d'ascension, l'autre est un mouvement de rotation. Il est vrai pourtant que si, dans l'ascension, les côtes s'élèvent et décrivent des arcs de plus en plus étendus, par les différens points de leur longueur, depuis leur extrémité postérieure jusqu'à l'antérieure, les mêmes os s'élèvent encore dans le mouvement de rotation, et décrivent, dans les différens points de leur longueur, des arcs de plus en plus étendus, depuis leurs articulations antérieure et postérieure jusque vers le milieu de leur longueur.

Néanmoins, je ne les comparerai pas davantage, et je me bornerai à en faire observer le résultat. Or, 1° tandis que l'élévation des côtes n'est pas sensible dans la respiration ordinaire, la rotation est manifeste; 2° tandis que le sommet de la poitrine ne s'élève à peine d'un pouce à l'extrémité supérieure du sternum, et gagne aussi près d'un pouce d'avant en arrière dans les plus grandes inspirations, la base se dilate de deux pouces transversalement, d'un pouce d'avant en arrière, et s'élève d'un pouce. Enfin, au total, il y a en tout temps plus de mouvement à la base qu'au sommet de la poitrine, il y a même plus de mouvement à la base qu'au sommet dans la respiration ordinaire, puisqu'alors les côtes supérieures n'exécutent pas de mouvement sensible; mais c'est surtout quand la respiration est très-active, qu'il y a plus de mouvement dans les côtes inférieures, comme on le voit d'une manière frappante dans les animaux haletans.

En résumé : 1° Le sternum a trois mouvemens, l'un d'ascension, l'autre de projection en avant, et un mouvement de bascule; 2° les côtes ont en général deux mouvemens, l'un de rotation et l'autre d'ascension. Le mouvement de rotation, nul probablement dans les premières côtes, devient de plus en plus grand depuis la première jusqu'à la septième; au-delà, jusqu'à la dixième inclusivement, il croît encore, ou du moins les côtes y sont plus mobiles par suite d'un mouvement de déduction. Le mouvement d'ascension des côtes est absolu et relatif ou proportionnel. Le mouvement d'ascension absolu est le même pour toutes les dix premières côtes, à leur extrémité antérieure; mais le mouvement relatif ou proportionnel est de plus en plus grand depuis la dixième côte jusqu'à la première, et il est en raison inverse de leur longueur, ou mieux de la distance de leurs articulations postérieures à leurs extrémités antérieures. Enfin, il y a un mouvement total plus grand à la base qu'au sommet de la poitrine, dans la respiration ordinaire, même en tenant compte de la différence de longueur des côtes; et encore un mouvement absolu plus considérable dans les côtes inférieures, quand la respiration est très-active et très-énergique.

Que devient, pour tant de différences de mouvemens à analyser et à apprécier, une proposition générale qui n'est précédée d'aucune analyse, d'aucune distinction? Les propositions inverses de Haller et de l'illustre phy-

siologiste français que j'ai signalées, savoir : *les côtes sont d'autant plus mobiles qu'elles sont plus inférieures ;* ou, au contraire, *d'autant plus mobiles qu'elles sont plus supérieures*, ne signifient plus rien. En effet, la première s'appliquerait très-bien au mouvement de rotation ; la seconde, au mouvement relatif d'élévation, et aucune ne peut s'appliquer à l'ensemble des mouvemens du thorax, puisque ni l'une ni l'autre ne sont la conséquence de leur analyse.

Observation de tissu encéphaloïde développé à la place du cal dans une fracture du fémur, avec quelques réflexions sur ce sujet ; par M. Coliny, *D. M. P. à Nancy.*

L'observation qu'on va lire m'a paru digne d'intérêt, non pas à cause de la rareté du tissu qu'on a trouvé, mais parce qu'on peut y voir une maladie du cal ou plutôt un tissu accidentel se développant au lieu du cal. Cette explication est susceptible de controverse, aussi me suis-je gardé de conclure. Trop inexpérimenté, je n'ai osé présenter que quelques réflexions que je prie le lecteur de juger avec indulgence. Je n'ai donné que les circonstances les plus générales de l'histoire de la maladie ; mais pour les détails anatomiques, j'ai été aussi précis et le moins incomplet qu'il m'a été possible.

Dans le courant de septembre 1833, on apporta à l'hôpital St.-Charles de cette ville, une femme de 68 ans, d'une faible constitution, pâle et grêle ; elle était affectée d'une fracture de la partie supérieure du fémur droit ; de plus elle présentait une tuméfaction considérable de la partie droite du corps thyroïde : cette tumeur était mobile sous la peau qui n'offrait aucun changement de couleur, elle ne causait qu'une gêne médiocre. Le matin du jour où on amena la malade à l'hôpital, elle descendait seule de son lit, se baissait pour uriner, lorsqu'au moment d'atteindre le vase, elle sent un craquement de la cuisse droite et tombe, on fut obligé de la remettre au lit. J'ai dit qu'elle avait une fracture de la partie la plus supérieure du fémur qui fut facilement diagnostiquée par M. le professeur Simonin, chirurgien en chef.

Cette femme fut placée et maintenue convenablement sur le double plan incliné ; elle y resta plus de deux mois : au bout de ce temps, il y avait raccourcissement du membre ; la pointe du pied se portait encore en dedans. Mais une tumeur assez résistante s'était développée au lieu de la fracture avec toutes les apparences d'un cal un peu difforme ; les fragmens ne faisaient plus entendre de crépitation, et on semblait imprimer au membre un mouvement de totalité lorsqu'on l'examinait. La malade garda la position horizontale, un bandage roulé fut appliqué sur le membre pendant plusieurs mois ; enfin, s'ennuyant à l'hôpital, cette femme en sortit sans s'être levée au mois d'avril 1834.

Elle y fut rapportée le mois suivant ; elle éprouvait des étouffemens violens, et la suffocation paraissait imminente : le volume du goître était devenu énorme, il repoussait la tête en arrière, s'étendait depuis la symphyse du menton jusqu'à l'oreille et dépassait en bas la clavicule ; la carotide paraissait poussée en dehors ; on sentait des battemens très-prononcés qu'on pouvait attribuer à cette artère, dans la partie moyenne et latérale du col vers le bord externe du trapèze ; la tumeur présentait à sa partie inférieure une fluctuation manifeste, la malade n'y accusait que peu de douleur ; il y avait de la fièvre, de la toux, une expectoration peu abondante, anorexie. La malade nous apprit que, quelques jours auparavant et sans cause connue, son goître s'était subitement accru comme nous le voyions, et que c'était de cette époque que datait la suffocation. Des moyens propres à calmer la toux furent employés, mais la malade demandant avec instance un soulagement plus prompt, on fit avec un trocart une ponction à la partie inférieure de la tumeur ; il en sortit un demi-verre de sérosité citrine qui devint bientôt plus foncée, puis roussâtre, puis enfin fut remplacée par un écoulement de sang rutilant, artériel ; il en sortit environ une palette. Un emplâtre agglutinatif fut placé sur l'ouverture qui laissa suinter pendant quelques jours un liquide roussâtre et se cicatrisa assez promptement. La malade ne fut nullement soulagée par cette opération ; cependant les accidens internes se calmèrent, la suffocation diminua beaucoup. C'est dans cet état qu'elle fut évacuée, le 29 juillet, dans le service des fiévreux : elle y fut considérée comme atteinte de bronchite chronique. Elle resta quelque temps dans la même situation, puis ses forces diminuèrent progressivement, et elle s'éteignit sans avoir éprouvé de grandes souffrances, le 27 novembre.

Autopsie, 12 heures après la mort (1). — Habitude extérieure : émaciation considérable, nulle infiltration aux extrémités : abdomen légèrement distendu ; les deux membres pelviens sont recouverts d'une ichthyose très-prononcée : le droit présente un raccourcissement de deux pouces, la pointe du pied est tournée en dedans, les mouvemens qu'on imprime au membre se communiquent directement au grand trochanter et font croire à la consolidation de la fracture ; mais, en soulevant le cadavre par les deux cuisses, on perçoit tout-à-coup une crépitation qui fait supposer qu'on vient de rompre le cal ; on verra plus loin qu'il n'en était rien.

Examen du goître. — Au col et à droite existe une tumeur, ayant la forme d'un ellipsoïde assez régulier, dirigée obliquement de dedans en dehors et de haut en bas : son grand axe part de la symphyse du menton et descend deux pouces au-dessous de la partie moyenne de la clavicule ; son petit axe va de l'angle de la mâchoire jusqu'auprès de l'articulation sterno-clavicu-

---

(1) L'ouverture du cadavre de cette femme fut faite en présence de M. Niret, professeur d'anatomie, chirurgien en second ; de M. le docteur Roussel, et de plusieurs étudians.

laire. La peau qui recouvre cette tumeur ne lui adhère que vers l'extrémité inférieure du petit axe, où la ponction a été pratiquée ; dans ce point elle est un peu rouge. Cette peau est disséquée avec facilité, et on reconnaît que la tumeur, en s'applatissant un peu, dépasse la ligne médiane du col ; elle est formée en entier par le développement de la partie droite du corps thyroïde ; l'isthme de cet organe a un pouce de haut en bas, et la portion gauche a environ trois fois le volume qu'elle devait avoir ; les muscles qui recouvrent la tumeur sont amincis et semblables au peaucier. On sépara l'organe entier, et l'on vit qu'il aboutissait en haut et en dehors à la parotide, et reposait sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales. La carotide externe, doublée de calibre, était repoussée vers le trapèze et longeait la partie externe du goître et en était un peu recouverte. La thyroïdienne supérieure pouvait être suivie pendant un certain trajet dans l'intérieur de la tumeur. La portion gauche du cartilage thyroïde du larynx est fortement aplatie ; la trachée se dévie à droite dans une étendue d'environ trois pouces, pendant laquelle elle est en contact avec la portion gauche du corps thyroïde et reprend ensuite sa direction ; les cerceaux cartilagineux de cet organe sont fortement aplatis transversalement pendant la déviation. Le poids de la tumeur entière a été évalué de quatre à cinq livres ; elle a une enveloppe fibreuse assez résistante. L'intérieur de la portion droite du corps thyroïde présentait différens aspects ; ainsi, à la partie inférieure et interne où on avait perçu de la fluctuation, où une ponction avait été pratiquée et avait donné issue à de la sérosité, puis à du sang, on trouva une bouillie d'un blanc à peine rosé et de la sérosité : cette portion comprenait à peu près le quart de la tumeur ; tout le reste était formé de tissu encéphaloïde non ramolli ; on y trouvait aussi des collections sanguines de différentes époques ; ainsi, quelques-unes, c'était le plus petit nombre, contenaient cette matière friable, pulvérulente, d'un brun rougeâtre et considérée par Laënnec (*Dictionnaire des Sciences médicales*, tome XII, p. 168) comme étant la fibrine concrétée et combinée avec la matière colorante du sang et la matière cérébriforme ; d'autres collections contenaient du sang caillebotté et qui paraissait déposé bien postérieurement au premier. La portion gauche du corps thyroïde présenta du tissu encéphaloïde non ramolli et sans collections sanguines dans toute sa substance.

Examen du thorax. — Les deux poumons étaient très-volumineux, d'un rouge foncé ; ils surnagèrent lorsqu'on les plongea entièrement dans l'eau ; à la partie postérieure du gauche, entre la plèvre et le parenchyme, on trouva une couche gélatiniforme peu épaisse, et il s'écoula de la sérosité. A l'extérieur des poumons, on voyait quelques petites tumeurs brunes supportées par un pédicule très-grêle et qui étaient le siége de collections sanguines. La section des poumons fit voir un grand nombre de masses isolées formées par du tissu encéphaloïde ; dans quelques-unes, on trouva les deux genres de collections sanguines dont il a déjà été question, deux contenaient le tissu entièrement ramolli. L'intérieur du larynx et de la trachée était sain, mais les bronches avaient augmenté de calibre depuis leur bifurcation jusqu'aux dernières divisions, leur membrane interne était d'un rose vif.

Abdomen. — L'estomac avait une couleur d'un jaune verdâtre dans toute l'étendue de son grand cul de sac. L'intérieur du tube digestif ne présente rien de remarquable dans le reste de son étendue. Il existait depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'à trois pouces sur l'intestin grêle un rétrécissement qui en diminuait le calibre des deux tiers : la muqueuse y avait sa couleur normale. Il existait un rétrécissement de même nature et d'une étendue de deux pouces vers le milieu de l'arc transverse du colon. Le foie, le pancréas étaient sains ; le tissu de la rate était diffluent et couleur lie de vin. La substance des reins était à l'état normal, mais autour des bassinets on rencontrait la substance gélatiniforme et la sérosité qu'on avait trouvées au poumon gauche. La vessie était contractée et épaissie. La matrice, très-petite, était saine, ainsi que le vagin et les trompes ; l'ovaire gauche contenait un assez grand nombre de kystes de volume différent, dont le plus gros avait la forme et la grosseur d'une aveline, ils contenaient de la matière gélatiniforme dont nous avons déjà parlé.

Examen de la cuisse fracturée. — On voit à la partie supérieure et externe de la cuisse une tumeur du volume de la moitié de la tête d'un enfant naissant ; elle paraît se continuer en dedans, on la sent entre le couturier et les adducteurs ; il n'y a aucun changement de couleur à la peau, elle est disséquée facilement ; on enlève des muscles amincis des parties antérieure et externe de la cuisse, le *fascia lata*, et on aperçoit la tumeur : c'est une sphère assez régulière, encore enveloppée de tissu cellulaire condensé et comme fibreux ; on sent dans son intérieur les fragmens osseux mobiles. Une incision convenable fit parvenir jusqu'au fémur qu'on trouva dans l'état suivant : l'os offrait quatre fragmens ; le premier était formé de la tête et du col ; le second l'était par le grand trochanter et la partie postérieure et supérieure du corps qui paraissait fracturée en suivant les lignes qui des deux trochanters se rendent à la ligne âpre et la forment ; c'était à leur point de jonction que le second fragment était séparé de l'os ; postérieurement en avant et près du col, il était fracturé en rave, et là se trouvait un troisième fragment ayant assez la forme du cartilage cricoïde du larynx, c'est-à-dire, plus large de haut en bas à sa partie moyenne qu'à ses parties latérales, mais n'occupant pas tout-à-fait la circonférence de l'os et n'adhérant qu'à des parties fibreuses ; enfin le quatrième fragment était constitué par le reste du fémur : le canal médullaire de cet os paraissait agrandi aux dépens de l'épaisseur du cylindre osseux. En arrière de l'os et profondément se trouvait l'autre partie de la tumeur : elle avait environ le tiers du volume de la partie externe ou supérieure ; cette portion interne comprenait les muscles profonds de l'extrémité supérieure de la cuisse. Cette tumeur, dans laquelle était entièrement plongée la fracture, était formée en

totalité de tissu encéphaloïde sans aucun mélange; on n'y trouvait ni collections sanguines circonscrites, ni matière gélatiniforme. Ce tissu s'était introduit entre les fragmens osseux et obturait le canal médullaire à la manière de la cheville du cal provisoire dans l'étendue d'environ un pouce et demi.

Cette autopsie peut expliquer plusieurs phénomènes qu'on rencontra chez la malade, et en même temps fait voir une altération extrêmement rare.

Et, d'abord se trouvent expliqués et l'augmentation rapide du goître et les étouffemens qui ont paru en même temps. Des hémorrhagies ont eu lieu dans la tumeur et ont augmenté son volume, il en est survenu de semblables dans les masses carcinomateuses des poumons; elles ont dû aussi prendre de l'extension; ainsi les étouffemens tenaient à deux causes, l'une, externe, pour ainsi dire, la compression du larynx; l'autre, interne, la compression du tissu pulmonaire et son altération. Faisons remarquer ici une disposition qui peut paraître assez singulière au premier aperçu, je veux parler de la dépression du larynx qui avait lieu du côté opposé à la tumeur, et de la déviation de la trachée du côté de cette même tumeur; mais cela se conçoit assez facilement : la portion droite du corps thyroïde, énormement développée, s'appuyait, comme je l'ai dit, sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales, sur l'articulation sterno-claviculaire et sur la clavicule; elle se trouvait donc maintenue assez loin de la partie antérieure et moyenne de la colonne vertébrale, des organes pouvaient passer sous elle sans être comprimés; mais à cette masse était jointe comme satellite la partie gauche de l'organe malade elle-même et augmentée de volume; aucun point osseux ne la soutenait, elle pressait donc de tout son poids et d'une partie de celui de l'autre moitié sur les organes sous-jacens. Le larynx était dans ce cas; la trachée, plus mobile, avait fui la pression et s'était déviée à droite dans l'espace resté libre sous la tumeur; elle avait néanmoins été fortement comprimée latéralement. Au reste, cette disposition de la trachée, en forme de fourreau de sabre, a déjà été rencontrée plusieurs fois dans des cas de goître volumineux.

On comprend aussi l'écoulement assez abondant du sang artériel qui eut lieu par l'ouverture faite par le trocart et l'absence de soulagement après l'opération.

J'arrive à la tumeur cancéreuse qui environnait la fracture. Cette tumeur, par sa forme, par sa situation, par les différentes manières dont elle se comportait avec les fragmens osseux, ne pouvait être que la représentation du cal; c'était du tissu encéphaloïde déposé dans les parties où se forment ordinairement les élémens constitutifs du cal. En effet, il est hors de doute que la dégénérescence du goître existait à l'époque de la fracture, la diathèse cancéreuse existait donc! C'est en vertu de cette diathèse que le fémur s'est rompu. La malade est restée à l'hôpital plus long-temps qu'il ne fallait pour qu'une fracture du col du fémur fut consolidée, elle est sortie sans avoir pu marcher, sans consolidation par conséquent. La diathèse existant, la consolidation n'ayant pas lieu après sept mois, le cal devait être morbide, et la description qu'on donne de cette production, relativement à sa forme et à sa manière d'être avec les os, s'applique parfaitement à la tumeur qu'on a trouvée : on y voit et la virole qui doit devenir osseuse, énorme à la vérité, et cette sorte de cheville introduite dans la cavité de l'os, et cette matière interposée entre les divers fragmens, le cal provisoire. Enfin, il est évident qu'il ne pouvait exister qu'une image de celui-là dans un pareil état de choses; le tissu encéphaloïde ne pouvait disparaître et faire place au cal définitif.

Une autre hypothèse pourrait aussi expliquer la lésion qui a eu lieu. M. Boyer admet dans le spina ventosa une altération simultanée de la membrane médullaire et de l'os, les auteurs anglais la nomment exostose fongueuse médullaire. On pourrait admettre dans le cas qui nous occupe une maladie de la membrane médullaire qui aurait donné naissance au tissu encéphaloïde. Ce tissu, pressant l'os altéré lui-même, l'aurait fait éclater, pour ainsi dire, et aurait pu se développer au dehors. Cependant, on ne trouve pas ici la désorganisation du tissu osseux qu'on rencontre dans l'ostéo-sarcome; les fragmens du fémur, à l'exception de son col qui était un peu rugueux, ne paraissaient avoir subi aucun changement et se rapportaient fort bien les uns aux autres.

L'observation suivante présente une grande ressemblance avec celle que j'ai décrite (1).

«..... Une femme avait depuis long-temps un cancer à la mamelle, dont elle n'était incommodée que de temps à autre; il lui survint une tumeur à la partie moyenne de la cuisse gauche, pour laquelle elle eut recours à la chirurgie. Dans l'examen que j'en fis, je reconnus que le corps de l'os était gonflé dans toute sa circonférence : trois jours après, il me parut l'être davantage; je jugeai qu'il y avait exostose; les douleurs profondes et continuelles avec élancement me confirmèrent dans cette pensée, et leur persévérance, malgré l'usage des remèdes indiqués, me fit croire que l'exostose abcéderait et que la carie en serait la suite. C'est ce qui arriva après deux mois de souffrances si permanentes, qu'elles ne cessèrent que lorsqu'elle se rompît la cuisse en se retournant dans son lit. Une semblable tumeur se forma au bras et une à la clavicule; elles furent moins de temps douloureuses, parce que ces os se cassèrent plus tôt que n'avait fait la cuisse. »

On voit cependant de notables différences entre notre observation et celle de Petit : dans celle-ci, il y a eu tumeur accompagnée de douleur qui a précédé les diverses fractures; dans l'autre, la tumeur n'a paru que long-temps après la rupture de l'os; la malade ne nous a pas dit avoir éprouvé de douleur dans la cuisse avant son accident. Mais ces deux histoires de mala-

(1) J. L. Petit, *Maladies des os*, 1749, tome II, p. 309.

dies pourraient expliquer les fractures, pour ainsi dire spontanées, qui ont eu lieu chez les sujets cancéreux; ce serait du tissu encéphaloïde qui se développe dans le canal médullaire, use l'os de dedans en dehors, et le dispose enfin à se rompre au moindre effort.

Déchirure du cœur par un fragment de côte. Mort subite.

Aubin (Louis), charretier, âgé de 23 ans, d'une forte constitution, jouissait de toute l'intégrité de ses facultés, lorsqu'il se trouva pris entre les moyeux de deux voitures. Il perdit tout-à-coup connaissance. Transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, il ne donna plus aucun signe de vie.

Autopsie. — De légères ecchymoses existant de chaque côté de la poitrine, indiquent assez que cette cavité a été comprimée transversalement. L'ablation des tégumens qui recouvrent les côtes, fait reconnaître que les huitième et neuvième côtes sont fracturées à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur. Une dépression s'observe à l'endroit de la fracture. Rien de remarquable dans la plèvre droite. La plèvre gauche est remplie par une grande quantité d'un sang noir, liquide, avec d'énormes caillots. Le diaphragme est repoussé en bas; le poumon est refoulé en haut et en dedans. On fait écouler tout le sang épanché; alors il est permis de rechercher la source de cette hémorrhagie. La crosse de l'aorte et l'aorte pectorale sont intactes, le péricarde, vu à l'extérieur, présente une légère teinte bleuâtre; il contient un peu de sang noir coagulé: à son côté gauche existe une ouverture de deux pouces, dirigée de haut en bas et de gauche à droite. Le cœur est gros, ferme, dans l'état sain; il offre à sa face postérieure une plaie transversale longue d'un pouce et demi, pénétrant dans la cavité des deux ventricules, mais dont les bords sont un peu déchirés et ecchymosés. On dirait qu'après la mort, on a commencé à faire une incision transversale avec un instrument tranchant mal acéré, pour examiner les cavités de cet organe. Cette plaie correspond parfaitement à l'ouverture du péricarde. La plèvre costale est déchirée au niveau des huitième et neuvième côtes. Les fragmens de la huitième côte sont portés en dedans; le fragment antérieur fait une saillie considérable dans la cavité de la plèvre; il est aigu, piquant, taillé en bec de flûte; c'est évidemment lui qui a déterminé la blessure du péricarde et du cœur. Les fragmens de la neuvième côte sont à peine déplacés. Le poumon gauche offre à sa base une légère ecchymose; l'air que l'on insuffle dans son parenchyme ne s'échappe par aucun point, et ne décèle pas la moindre blessure. Le tissu pulmonaire est partout crépitant. Nulle déchirure au diaphragme, et par conséquent nulle communication entre les cavités thoracique et abdominale; cependant du sang est épanché dans l'hypochondre gauche; il vient de la rate, déchirée transversalement à la partie supérieure de sa face interne. Cette déchirure ne peut être que l'effet d'une contusion (Loir. *Diss. sur quelques points de médecine. Thèse.* Paris, 1834, n° 45).

Amputation presque complète des organes génitaux, suivie de guérison; par James B. M' Junkin.

J. A., âgé de 39 ans, fut saisi la nuit, dans son lit, par plusieurs hommes qui le continrent, tandis qu'un d'entre eux se disposait à lui amputer les testicules. L'assassin, empoignant le scrotum avec la main gauche, y enfonça l'instrument tranchant en arrière, et, incisant du côté droit presque transversalement, il divisa l'urètre et la plus grande partie de la racine du corps caverneux, mais laissa intacte la partie antérieure du scrotum qui est en rapport avec la partie inférieure de la verge. La pointe de l'instrument fut ensuite dirigée en dedans et en haut dans l'aine droite, puis en dehors un peu au-dessous de l'aine gauche. Le cordon spermatique du côté droit fut coupé immédiatement au-dessus de l'épididyme. Une seconde incision, longue de deux pouces et demi, fut faite antérieurement et fut réunie à la première, à droite de la racine de la verge; elle était dirigée vers l'épine supérieure de l'iliaque du côté droit: cette seconde incision n'intéressait que la peau et n'avait pas divisé le cordon spermatique. Ainsi, un lambeau triangulaire des tégumens était resté non divisé au côté gauche du pénis.

Ce lambeau fut déchiré en tirant le scrotum en avant. La peau de la verge fut renversée sur le gland, la verge se trouva ainsi dénudée, et le testicule droit fut coupé et arraché. Le testicule gauche, complètement dépouillé de ses tégumens, se retira dans l'aine.

Je trouvai le malade dans cet état trois ou quatre heures après l'événement. Il avait perdu beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie s'était arrêtée. Il éprouvait une douleur très-vive qui fut entièrement soulagée par la division de la portion de peau retroussée qui recouvrait le cordon spermatique et le testicule du côté gauche. La plaie était si étendue, que ce qui restait des tégumens n'en pouvait couvrir qu'une très-petite partie. Une lanière étroite de *lint* (espèce de charpie) enduite de cérat simple, fut placée à l'entour du pénis dénudé, et les autres parties furent couvertes et protégées par du coton finement cardé. Le pansement quotidien était suivi d'une vive douleur du testicule, qui persistait pendant quelques heures. La sortie de l'urine par la plaie de l'urètre causait aussi de grandes souffrances, et cependant le malade refusa obstinément l'introduction d'une sonde. Vers le cinquième jour, l'urine passa par le canal de l'urètre; les bords de la plaie de ce canal s'étaient réunis; mais cette réunion fut rompue par des érections nocturnes. Quelques jours après, ces érections ne se renouvelèrent plus, et l'adhérence devint solide. Mais cette réunion s'est probablement faite irrégulièrement; car dans cet endroit le canal offre un rétrécissement qui gêne l'é-

mission des urines. Le troisième jour, il y eut fièvre intense, avec stupeur et douleur abdominale; mais ces symptômes alarmans furent combattus avec succès par la saignée générale, et par les moyens antiphlogistiques ordinaires. La guérison était accomplie au bout de dix semaines.

La plaie cicatrisée offre les conditions suivantes : à la place du scrotum, une membrane assez résistante, douce au toucher, élastique, enveloppe le testicule. Cette membrane n'offre ni poils, ni rugosités. Le testicule ayant suppuré en un point circonscrit, se trouvait adhérent, avec son enveloppe, dans le lieu de cette suppuration. Cette adhérence ne lui permet point de descendre et le retient contre la région inguinale, où il est exposé sans protection aux violences extérieures. La verge est recouverte par un tissu tendu et poli, ressemblant à la cicatrice d'une brûlure superficielle. Le repli muqueux du prépuce, séparé de son prolongement cutané, est roulé derrière le gland où il a l'apparence d'une double couronne ou d'un double anneau. Les adhérences, et la rétraction du tissu cellulaire, surtout à l'extrémité postérieure du pénis, mettent un obstacle considérable à l'érection et à l'alongement de cet organe. Cette disposition est surtout marquée au niveau de la plaie de l'urèthre, où l'on dirait que le pénis est étranglé par un cordon qui l'attire en bas. Quelque temps après son entière guérison, le malade éprouva beaucoup de douleur dans l'érection, et ne put se livrer au coït à cause d'une incurvation de la verge en bas; cet obstacle fut levé, non entièrement, mais en grande partie, par la section du frein du prépuce. Actuellement la santé de cet homme est bonne; il se livre à ses occupations habituelles, mais il éprouve assez promptement une sensation de fatigue dans la région lombaire. Les appétits vénériens sont aussi vifs qu'avant la lésion, mais l'état indiqué des parties rend leurs sensations obtuses et la copulation difficile. (*The American Journ. of the med. Sc.*, novembre 1834).

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

AVRIL 1835.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

CLINIQUE

De M. Le Professeur Lisfranc (hôpital de la Pitié), Recueillie par M. G. Durand.

Des tumeurs blanches.

Avant de parler des faits les plus intéressans qui se sont offerts à la clinique de M. Lisfranc, pendant ce premier trimestre de 1835, nous croyons utile de faire connaître les opinions de ce praticien sur les tumeurs blanches, une des maladies au traitement desquelles il a apporté d'importantes améliorations.

M. Lisfranc définit la tumeur blanche un engorgement chronique siégeant sur une articulation tout entière ou sur quelqu'une des parties qui composent cette articulation.

Que l'affection siége sur les os, sur les ligamens ou les cartilages, son caractère propre est d'être chronique. Mais, pour cela, est-elle toujours exempte d'inflammation, ou est-elle toujours inflammatoire? La pathologie, l'anatomie pathologique, la thérapeutique enfin, ont démontré que cette affection pouvait revêtir l'une ou l'autre de ces deux formes.

Les tumeurs blanches sont ou idiopathiques, ou symptomatiques: les premières, dont l'existence est bien démontrée, quoiqu'elles soient moins fréquentes que les autres, surviennent assez souvent à la suite d'une entorse lorsque le traitement en a été négligé. Les tumeurs blanches, soit idiopathiques, soit symptomatiques, peuvent toutes exister à l'état inflammatoire; cependant celles qui sont idiopathiques, ou rhumatismales affectent plus ordinairement ce caractère, qui, du reste, se montre assez fréquemment aussi dans les tumeurs dépendant d'une constitution scrofuleuse. Souvent même l'inflammation est portée au point de déterminer des douleurs très-intenses. Lorsque ces douleurs existent, sans qu'il soit besoin de presser la tumeur, ou d'exercer des mouvemens, il y a toujours augmentation de chaleur à la peau; quelquefois même, mais rarement, on y observe de la rougeur.

L'état anatomique de ces tumeurs varie suivant l'époque où on les observe. Après les amputations qu'elles nécessitent si fréquemment, on trouve en général des désordres considérables: les tissus sont lardacés et souvent réduits à un état de ramollissement. A un degré moins avancé de la maladie, comme par exemple lorsqu'on examine ces tumeurs chez des individus morts d'une autre affection, la désorganisation est moins complète; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont augmentés de volume et plus blancs que d'ordinaire; le tissu cellulaire extérieur est légèrement infiltré de sérosité; plus profondément, il prend une apparence jaune, safranée; dans son épaisseur, cette couche jaune est d'abord uniforme, puis elle est parsemée de points blancs qui ressemblent à des tubercules. Plus profondément encore ce tissu se présente avec l'aspect lardacé; autour de la couche de couleur jaune existe un réseau vasculaire plus marqué que de coutume. Au-delà du tissu cellulaire sous cutané, on trouve les ligamens latéraux ramollis, épaissis; ceux-ci renferment de la matière plastique, et sont d'un blanc terne; la capsule articulaire est épaissie, elle offre des traces d'inflammation; les synoviales sont également augmentées d'épaisseur, ramollies, rougeâtres, et constamment il existe un épanchement séro ou synovio-sanguin. Il est possible cependant que cet état inflammatoire vienne à manquer, mais sur les cas observés par M. Lisfranc à cette période de la maladie, toujours cet état s'est rencontré. D'après ces faits d'anatomie, l'altération organique semble affecter la marche suivante: d'abord infiltration et décoloration du tissu cellulaire, puis passage de la couleur blanchâtre au jaune simple, au jaune avec granulations tuberculiformes, enfin apparition de la dégénérescence lardacée, etc. Une circonstance remarquable, c'est que, lorsque la tumeur marche vers la guérison, les tissus reviennent à l'état sain en passant par les mêmes degrés d'altération; c'est ce que M. Lisfranc a constaté chez un sujet où il avait obtenu une diminution considérable d'un engorgement avec induration de l'articulation tibio-tarsienne, une gangrène accidentelle étant survenue et ayant rendu l'amputation nécessaire. Le tissu cellulaire de la partie supérieure de la jambe avait été induré; mais sous l'influence d'une médication convenable, l'induration avait complètement disparu à la partie supérieure; en effet, on trouva en cet endroit le tissu cellulaire tout-à-fait à l'état normal. Au-dessous, ce même tissu cellulaire moins bien guéri était un peu épaissi, un peu infiltré; plus bas, l'induration n'ayant disparu que depuis quelques jours, le tissu cellulaire avait la couleur jaune-serin; plus bas encore, ce même tissu jaune-serin était parsemé de granulations

blanchâtres, et enfin on le voyait, en dernier lieu, blanc, dur et lardacé.

On a distingué les tumeurs blanches osseuses de celles qui ne le sont pas, et, de la difficulté que l'on éprouve en général à guérir les engorgemens des os, on a cru devoir porter sur cette espèce de tumeurs un pronostic plus grave, et on a proposé l'amputation comme moyen unique de traitement. A-t-on eu raison de le faire? Nous répondrons à cela que d'abord la distinction des tumeurs osseuses de celles dans lesquelles les parties molles sont seules affectées est excessivement difficile; qu'en outre, les tumeurs osseuses sont fort rares, et que très-souvent on ne les croit osseuses que parce qu'elles sont petites, très-dures, et que la peau y adhère fortement. Enfin, plusieurs tumeurs blanches que M. Lisfranc avait cru osseuses furent traitées cependant par lui comme si elles eussent été d'une autre nature, et au bout de quelques semaines les tissus se ramollirent évidemment à la superficie. D'autres fois, la tumeur s'étant développée de dehors en dedans, il arrive que les parties profondes guérissent les premières, que la tumeur devient mobile sur l'os, et qu'en même temps que cette mobilité augmente la maladie s'amende sous l'influence du traitement. M. Lisfranc conclut de là qu'alors même que la tumeur serait dure comme du silex et que la peau serait tout-à-fait adhérente, il ne faut pas trop se hâter de prononcer que l'os est malade et de perdre tout espoir de guérison.

Dans certains cas de tumeur blanche, alors même que cette maladie s'est développée sur une articulation ginglimoïdale, les surfaces articulaires ou plutôt les extrémités osseuses jouissent d'une mobilité extraordinaire et telle qu'on peut à volonté produire dans tous les sens une luxation incomplète. Dans ces cas, la maladie est considérée comme au-dessus des ressources de l'art, et tous les chirurgiens, vu la destruction présumée ou l'excessive laxité des ligamens, regardent l'amputation comme indispensable. M. Lisfranc ne partage point cette opinion; il a même vu l'an passé deux ou trois de ces tumeurs blanches guérir. Ces guérisons s'opèrent alors le plus ordinairement avec ankylose, mais M. Lisfranc a également observé quelques personnes chez lesquelles le succès a été complet, le membre n'étant pas resté ankylosé.

Enfin, toutes les fois qu'en imprimant un mouvement *de va et vient* aux surfaces articulaires malades, on déterminait la production d'un bruit analogue à celui qui résulte du frottement de deux morceaux de porcelaine, on avait coutume de considérer le prognostic comme excessivement grave, et l'amputation était encore jugée nécessaire. M. Lisfranc s'était jusqu'ici rangé à cette opinion, mais il pense maintenant que ce moyen extrême peut être évité quelquefois, et il s'appuie sur ce que, cette année, il a vu guérir deux malades chez lesquels ce bruit existait dans l'articulation. L'articulation malade était celle du gros orteil avec le premier métatarsien dans un cas, et dans l'autre l'articulation tibio-fémorale.

Celle de toutes les tumeurs blanches que M. Lisfranc considère comme la plus dangereuse est une espèce de tumeur qui n'acquiert jamais un volume considérable, et dans laquelle, comme dans toutes les autres, le malade peut ressentir ou non de la douleur, mais qui donne, lorsqu'on la presse, la sensation d'un tissu spongieux, analogue à la rate, au placenta. M. Lisfranc n'a jamais pu guérir ces sortes de tumeurs. Lorsqu'on les ouvre, on les trouve formées par un tissu rougeâtre, semblable à du tissu érectile, et dans lequel existent des granulations qui semblent avoir beaucoup d'analogie avec les tubercules pulmonaires. Ces tumeurs s'abcèdent facilement et laissent sortir d'abord une sorte de caséum peu abondant, puis un pus sanieux, enfin des flocons du tissu anormal érectile qui les compose. Malheureusement ces abcès étant fort petits ne peuvent entraîner la fonte de la tumeur. M. Lisfranc pense que dans ces cas, si les malades ne consentent pas à être opérés, il faut employer les moxas et essayer de détruire ce tissu anormal par inflammation. Il propose ce moyen parce qu'il a vu ces tumeurs blanches se circonscrire à la suite du développement d'abcès dans l'articulation.

Traitement. Avant de commencer le traitement de toute tumeur blanche, il faut bien s'assurer de l'état des viscères. C'est ici un point capital, car, dans le cas où il existe quelque altération, il ne faut pas essayer de guérir la tumeur blanche; autrement, à mesure que la tumeur blanche marche vers la guérison, on voit la maladie viscérale augmenter et même quelquefois finir par emporter le malade. Lorsqu'une tumeur blanche existe en même temps que des affections chroniques de l'abdomen, souvent, quoiqu'on ne fasse que s'opposer aux progrès de la tumeur, quoiqu'on porte toute son attention vers l'affection viscérale, celle-ci augmente, tandis que de son côté la tumeur diminue d'une manière extraordinaire, de telle sorte que des tumeurs blanches très-volumineuses et très-dures disparaissent quelquefois au bout de trois ou quatre semaines, et que si le malade vient à succomber, on ne trouve plus à l'autopsie aucune trace d'altération dans l'articulation.

Lorsqu'au contraire on ne peut constater l'existence d'aucune maladie dans les viscères, et que par conséquent on commence le traitement de la tumeur blanche, celle-ci résiste d'abord, puis diminue lentement, mais tout-à-coup une maladie de viscère se prononce, soit qu'elle ait existé auparavant à l'état latent, soit qu'elle vienne à se développer après coup. Souvent alors, quoiqu'on cesse le traitement de la tumeur, quoiqu'on s'attache exclusivement à l'affection viscérale, la tumeur blanche guérit rapidement, mais en même temps le viscère s'altère plus profondément et le malade succombe. M. Lisfranc pense que dans ces cas il faudrait peut-être faire marcher le malade pour irriter l'articulation et y rappeler la maladie.

Hippocrate a dit que les lassitudes spontanées, les douleurs contusives des articulations inférieures, annoncent des maladies graves. M. Lisfranc croit également à l'existence des sympathies entre les membres inférieurs et les organes abdominaux. Il rapporte à ce sujet qu'au temps où la médecine physiologique florissait dans tout

son éclat, il suivit avec MM. Fodera et Mortier de Lyon les salles de l'Hôtel-Dieu, et qu'ils portèrent principalement leur attention sur les fièvres bilieuses et muqueuses appelées alors gastro-entérites. A l'autopsie, il est vrai, on trouvait presque toujours des traces d'inflammation dans le tube intestinal, mais aussi dans beaucoup de circonstances il existait du pus dans toutes les articulations inférieures, quoiqu'il n'y eût au début de la maladie que des douleurs contusives et que préalablement on n'eût observé ni goutte, ni rhumatisme.

Comme principe général donc, M. Lisfranc établit qu'il ne faut pas essayer de guérir une tumeur blanche lorsqu'il existe en même temps une maladie viscérale, soit que cette dernière apparaisse avant le développement de la tumeur, soit qu'elle ne se montre que pendant le cours du traitement.

M. Lisfranc pense que les malades doivent garder le repos le plus absolu, et que sans cette condition il est bien rare qu'ils puissent guérir. Lorsqu'on a proposé l'iode comme moyen curatif des tumeurs blanches, on a prétendu que les malades pouvaient marcher lorsqu'ils étaient soumis à ce traitement, mais M. Lisfranc, qui a essayé ce genre de médication, dit en avoir éprouvé des effets fâcheux. L'iode par lui-même peut déterminer une irritation plus ou moins vive de la tumeur, surtout lorsque celle-ci est déjà dans un état de surexcitation; à plus forte raison cet effet a-t-il lieu, quand on ajoute à l'action de ce médicament les résultats de la marche : ne voit-on pas tous les jours des individus guéris retomber malades à la suite d'un exercice trop violent ?

Lorsque l'état inflammatoire se prolonge dans l'articulation, l'ankylose est à redouter. Pour la prévenir, il faut combattre l'inflammation et essayer d'imprimer quelques légers mouvemens aux parties malades. Si ces mouvemens, qui ne doivent être pratiqués qu'une fois par jour, sont douloureux, il ne faut pas les continuer; mieux vaut laisser s'établir l'ankylose.

La position à donner au membre doit varier suivant l'articulation affectée. Si c'est l'articulation du coude qui est malade, il faut mettre l'avant-bras dans la position demi-fléchie, parce que si l'ankylose se développe, c'est la position la moins gênante. Si la tumeur existe au genou, on doit maintenir le membre étendu dans une gouttière matelassée sur laquelle on fixe la jambe. Cette position est moins douloureuse qu'on ne le pense d'ordinaire; le malade la supporte même sans trop de peine; seulement il faut autant que possible faire exercer à l'articulation quelques mouvemens légers afin de s'opposer à l'ankylose. Une négligence, dans ce cas, pourrait rendre le membre plus gênant même que s'il avait été enlevé. Si la tumeur existe à l'articulation coxo-fémorale, il faut s'attacher à éviter tous les grands mouvemens; en effet, on empêcherait le développement de beaucoup de luxations complètes de cette articulation, si l'on prévenait ces mouvemens, la luxation s'opérant tout-à-coup pendant que le malade les exécute. Pour obvier à cet inconvénient, M. Lisfranc fait mettre tout le membre dans une gouttière fixe, appareil qui a l'avantage de s'opposer à l'irritation des surfaces articulaires par le repos où il maintient le membre, et de retarder ainsi de beaucoup la luxation spontanée.

Pour s'assurer des variations de grosseur qu'éprouve la tumeur et pour pouvoir ainsi constater d'une manière certaine les effets des médicamens, M. Lisfranc a coutume de tracer sur la peau, à l'aide d'un crayon de pierre infernale, trois cercles qui entourent toute l'articulation malade. L'une de ces zônes et supérieure, la seconde est située entre celle-ci et la troisième, qui est placée à la partie la plus basse de la tumeur.

Sous le rapport du traitement, il est essentiel de distinguer les tumeurs blanches en celles qui sont à l'état aigu et celles qui sont à l'état complètement chronique; non pas que par cette expression on doive entendre une phlegmasie aiguë de l'articulation, mais bien un état dans lequel la maladie articulaire fait éprouver des douleurs permanentes ou presque permanentes, un état dans lequel il existe une augmentation de chaleur à la peau, ou si l'on veut une sub-inflammation. Dans les tumeurs à l'état chronique au contraire, il n'y a point de douleurs, ou du moins elles ne sont pas continues; la chaleur à la peau n'est pas augmentée. Du reste, de ce que dans l'articulation le malade ne ressent que des douleurs légères et rémittentes, il ne faut pas trop se presser de croire à un état non-inflammatoire; il y a des inflammations latentes des articulations, comme il y a des inflammations latentes de la plèvre et du péritoine; et souvent les irritans, les fondans employés de prime-abord, font éclater tout-à-coup des inflammations graves; aussi est-il plus prudent de commencer le traitement par quelques émissions sanguines.

Traitement de l'état aigu. Il ne faut point s'en laisser imposer par ce nom; il faut au contraire se rappeler que l'on n'a pas affaire à une phlegmasie sur-aiguë, pouvant être enlevée d'emblée par de nombreuses évacuations sanguines, mais bien à une inflammation ancienne, siégeant dans des tissus doués de peu de vitalité et ayant déjà, pour ainsi dire, droit de domicile; d'une autre part, les malades affaiblis par de longues douleurs ne sont guère en état de résister à d'abondantes pertes de sang. En effet, on ne peut s'attendre à voir l'inflammation disparaître immédiatement. Du reste, dans cette affection comme dans toute autre, on s'assurera d'avance si les évacuations sanguines sont bien supportées, car les dispositions individuelles varient beaucoup à ce sujet, des individus très-forts supportant très-mal des pertes de sang qui peuvent avoir lieu sans aucun accident chez d'autres en apparence beaucoup plus faibles. M. Lisfranc cite à cette occasion l'histoire d'un malade affecté de tétanos chez lequel il fit pratiquer 18 saignées et appliquer 750 sangsues en 19 jours, et qui cependant put se rendre à pied à l'académie le 21e. Je pourrais citer comme exemple du contraire une dame chez laquelle l'application de deux sangsues détermina une telle faiblesse que le médecin qui en avait ordonné l'application se promit bien de n'en plus jamais faire usage.

Des ulcérations pouvant résulter de l'application des

sangsues sur la tumeur, principalement lorsque la peau semble altérée, il vaut mieux les mettre au-dessus ou au-dessous.

Dans les cas les plus ordinaires, c'est au nombre de 25 à 30 qu'il convient d'appliquer les sangsues; mais si le sujet est fort, si la tumeur est de nature rhumatismale, on peut les porter à 40 ou 50, ou bien, si le malade est scrofuleux et débilité, abaisser cette quantité jusqu'à n'en poser que 12 à 15; sauf les cas d'exception, on les laisse couler environ deux heures. Le pouls et les forces ne faiblissent pas, si la chaleur à la peau se maintient sur la tumeur Lorsque les douleurs persistent dans l'articulation, on a de nouveau recours le lendemain ou le surlendemain à l'application d'une vingtaine de sangsues, puis on attend. Souvent alors la tumeur diminue de volume. Tant que cette diminution continue, on laisse la tumeur à elle-même, et ce n'est que lorsqu'elle s'arrête que l'on réapplique des sangsues. Mais lorsque la maladie reste stationnaire, que le sujet est décoloré, le pouls faible, les forces défaillantes, on doit attendre le rétablissement de celles-ci et se borner à combattre l'inflammation par les cataplasmes et les bains locaux, à une température douce pour le malade, c'est-à-dire ne déterminant ni la sensation du froid, ni celle du chaud. Si les douleurs cependant augmentent par leur usage, il faut les supprimer; il est bon de faire suivre l'application des sangsues de l'emploi de topiques narcotiques autour de l'articulation.

Dès que les forces reparaissent on revient de nouveau aux sangsues, qui font d'ordinaire passer la tumeur à l'état chronique au bout de six semaines, deux mois environ. Cependant il se reproduit quelquefois des récrudescences, qu'il faut de nouveau combattre par des évacuations sanguines, et cela non-seulement pendant 1, 2, 3 mois, mais même pendant 6 mois; ce n'est quelquefois qu'au bout de ce temps que certaines tumeurs passent réellement à l'état chronique. Dans ces cas, il faut agir avec beaucoup de prudence; les bains de vapeurs émollientes et narcotiques sont alors parfaitement indiquées. M. Lisfranc a été une fois obligé de lutter 14 mois contre une de ces sub-inflammations, et ce ne fut que le 15e mois qu'il put faire usage des résolutifs; la guérison n'eut lieu qu'au bout de 22 mois.

Ne se dissimulant pas les inconvéniens attachés aux applications de sangsues, lesquelles sont assez fréquemment douloureuses, ou fatiguent beaucoup et affaiblissent le malade, observant en outre que ces émissions sanguines n'apportent qu'à la longue les résultats désirés, et que ceux-ci, comme nous venons de le voir, peuvent quelquefois se faire attendre fort long-temps, M. Lisfranc a expérimenté le mercure employé suivant la méthode de Dublin, méthode qui, comme on le sait, a été préconisée dans ces derniers temps. Le mercure est alors administré sous la forme de pilules composées de trois grains de calomel et d'un demi-grain d'opium. On donne ces pilules, d'abord à la dose d'une, de deux en deux ou de trois en trois heures, et on élève cette dose jusqu'à donner 16 pilules par jour. On continue de la sorte leur emploi jusqu'à ce qu'elles déterminent une salivation assez abondante; celle-ci survient d'ordinaire du deuxième au troisième jour; quelquefois elle tarde jusqu'au quinzième jour; mais dès qu'elle est établie, les douleurs qui souvent étaient atroces se dissipent comme par enchantement. Dans un des cas auxquels nous faisons allusion, le traitement antiphlogistique avait été employé en vain depuis long-temps; non-seulement la chaleur et la douleur disparurent, mais une diminution extraordinaire s'observa dans la hauteur des trois lignes dont nous avons parlé plus haut. Cette diminution a quelquefois été d'un pouce en 10, 12 et 15 jours. Cette amélioration malheureusement ne se continue plus une fois que la salivation a cessé. M. Lisfranc n'a pas cru devoir faire saliver de nouveau les malades soumis à ce traitement, vu la gêne et la douleur que détermine le ptyalisme; souvent même il en résulte un affaiblissement considérable. Les malades refusent généralement de s'y soumettre une seconde fois. Employée contre plusieurs tumeurs blanches à l'état chronique, il est arrivé que la méthode de Dublin n'a produit aucun résultat; d'autres fois on n'a pu obtenir qu'à peine quelques lignes de diminution dans le volume de la tumeur. Quoi qu'il en soit, cette méthode est digne de tout l'intérêt du praticien, puisqu'elle fait cesser rapidement l'état inflammatoire, sans affaiblir autant le malade que les sangsues. Passons actuellement au traitement que réclame l'état chronique.

(*La suite au prochain cahier.*)

Histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Decise (départ. de la Nièvre); par L. J. A. Valat, D. M. P., ancien médecin des mines de Decise, et aujourd'hui de celles de Blanzy (Saône-et-Loire).

(*Présentée à l'Académie des sciences, et suivie de l'extrait du rapport de M. Double.*)

(Deuxième article.)

Première série. *Maladies externes.* En tête de cette première série, nous devons placer d'abord les plaies. Or, les plaies sont si communes chez nos mineurs qu'il n'en est pas un seul qui, après peu d'années de travaux, ne puisse montrer une ou plusieurs mutilations ou cicatrices. Les causes si nombreuses des plaies ou des blessures sont, d'après ce que nous avons déjà exposé, touchant la nature des travaux, les mille et un accidens auxquels les ouvriers se trouvent exposés presque à tout instant. La plupart des plaies se rapportent à celles que l'on a appelées plaies *par instrument contondant* : ce qui arrive, soit par les chutes, soit par les éboulemens, soit par diverses sortes d'écrasemens.

Les plaies par les coups de poudre sont extrêmement curieuses ici, soit dans leur mécanisme, soit dans leurs

effets. La grosse poudre à canon dont se servent nos ouvriers, étant plus ou moins fortement tassée dans le trou de mine, ne prend presque jamais feu tout entière : on peut même y distinguer plusieurs portions, dont l'une déflagre la première instantanément, pendant qu'une autre retarde plus ou moins son explosion, ou, autrement dit, *fait long feu;* quant à la troisième portion, elle ne s'enflamme pas du tout, et agit presque exclusivement comme projectile. Ces effets sont si bien connus que, pour les éviter, on est souvent dans l'usage de mêler à la poudre du son, du plâtre pulvérisé ou de la sciure de bois, à raison d'un tiers dans chaque cartouche : on peut être assuré alors qu'il n'y a pas de poudre perdue, et que même celle-ci acquiert plus de force, parce que chaque grain est plus immédiatement comprimé.

Or, de ces divers effets mécaniques, il résulte que les grains de poudre actuellement en déflagration qui arrivent sur nos mineurs les brûlent, en opérant sur leur peau une vésication plus ou moins étendue. En second lieu, les grains qui s'enflamment ultérieurement, quelque infiniment court que soit le temps nécessaire pour cette combustion, forment autant de projectiles qui pénètrent d'abord le derme, et puis par leur déflagration le brûlent plus à fond et le cautérisent. Enfin vient en troisième lieu la portion de la charge qui, ne s'enflammant pas du tout, s'incruste dans les tissus cutané, cellulaire, etc., en les taignant d'une couleur bleuâtre indélébile.

Rien n'est hideux comme les effets immédiats de ces coups de poudre, sur le visage principalement : que l'on se représente, en effet, (et ce cas s'est offert encore tout dernièrement) une tête d'homme brûlée : la peau toute noire et charbonnée; les cils, les sourcils, les favoris et les cheveux presqu'entièrement consumés; l'enflure ou tuméfaction inflammatoire des lèvres, des paupières, des joues et des oreilles, qui suit ces sortes de coups de feu; l'on dirait enfin une horrible tête de nègre. Heureux, quand, après ces accidens, nos mineurs en sont quittes pour rester, toute leur vie, comme tatoués. Le traitement de ce genre de blessure n'offre rien de spécial.

Une observation que je fais presque tous le jours est que la plupart des plaies des mineurs sont très-peu sujettes à se compliquer d'inflammation. Ces plaies sont au contraire bien plus disposées à se compliquer d'un état asthénique, putride ou gangréneux. Aussi n'occasionnent-elles que peu de douleur; ce qui engage le plus souvent les ouvriers à reprendre leurs travaux avant leur entière guérison. Or, il arrive alors, soit par ce défaut de repos, soit par la disposition asthénique, que la cicatrisation se fait très-long-temps attendre.

Il est très-ordinaire que ces plaies, primitivement fort légères, se changent en ulcères, dont l'étendue est quelquefois horriblement grande. Cela se voit particulièrement pour les plaies des jambes, auxquelles nos travailleurs sont surtout sujets, par l'abattage de la houille qui vient rouler par masses ou en gros *gailleteux* sur les jambes et sur les pieds. Mais ceux-ci sont davantage garantis par de forts et épais sabots, garnis de demi-cerceaux de fer. Combien de fois, en effet, n'est-il pas arrivé qu'un bloc de grès ou de charbon a consumé l'effort de sa chute sur ces lourdes chaussures, et que nous voyons les pieds restés sains et saufs! Quant à la jambe, comme elle n'est pas aussi bien garantie, c'est celle qui est le plus en butte aux chocs, et par conséquent nous offre le plus de solutions de continuité traumatiques ou ulcéreuses.

J'ai indiqué tout à l'heure le défaut de repos comme une des causes qui font passer les plaies des extrémités inférieures à l'état d'ulcère : or, ce fait tend à expliquer comment la contractilité des membranes musculaires devient un obstacle organique à la cicatrisation de certaines ulcérations des membranes muqueuses. C'est ce qu'on peut observer, en effet, dans l'estomac et le tube intestinal, dans la vessie, dans le cœur même et les gros vaisseaux; je me borne ici à la simple énonciation de ce fait extrêmement général, que nous développerons avec toute l'étendue et l'intérêt qu'il mérite, dans notre Physiologie-pathologique, encore inédite.

Les engorgemens des articulations nous ont toujours offert une circonstance négative très-remarquable, et à raison de laquelle, nous croyons ne pas devoir leur donner le nom de tumeur blanche ou de *phthisie articulaire*, expression que nous avons consacrée dans notre thèse inaugurale, parce que nous n'avons jamais observé ici la *tuberculisation* ou la phthisie tuberculeuse des organes articulaires ou diarthrodiaux. Toutes les lésions de ce genre que nous avons observées sont des engorgemens qui dépendent de l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de synovie. On distingue cette accumulation à la rénitence que l'on remarque, pour le genou par exemple, au-dessus et au-dessous de la rotule, sur les côtés et au défaut du ligament rotulien. Les douleurs sont ordinairement très-vives : les malades les rapportent, d'après leurs sensations, aux surfaces articulaires. Le moindre mouvement pendant toute l'acuité de cette maladie, est tout-à-fait impossible, et fait pousser les hauts cris au malade.

Ces lésions, spontanées ou accidentelles, passent communément à l'état chronique et obligent à garder le lit pendant des mois et quelquefois plus d'une année. Ces engorgemens articulaires ne se terminent pas d'ordinaire par la suppuration, terminaison à laquelle, il est vrai, nous nous efforçons de nous opposer, par les émissions sanguines locales et par les dérivatifs; car nous regardons la formation des abcès comme une très-grave complication. L'introduction de l'air dans la membrane synoviale, et l'ankylose qui en est la suite inévitable, expliquent suffisamment nos craintes. Néanmoins, dans un cas d'engorgement articulaire au coude, nous avons vu la suppuration survenir avec les caractères phlegmoneux, et non ceux de la fonte tuberculeuse, ainsi que cela arrive dans les tumeurs blanches. Le fait important que nous nous sommes proposé de constater ici est que les tumeurs blanches, avec fonte tuberculeuse, ne se sont jamais présentées à notre ob-

servation chez les mineurs. De ce fait négatif concernant l'affection tuberculeuse, il faut rapprocher encore celui de l'absence du *mal vertébral de Pott*, de la carie, des anévrismes, toutes lésions que notre célèbre maître, le professeur Delpech, n'hésitait pas à rapporter au développement de tubercules scrophuleux. Mais pour démontrer plus complétement l'absence des maladies tuberculeuses chez nos mineurs, nous ferons remarquer que les abcès ne nous ont jamais offert les caractères de ce qu'on appelle *abcès froids*, ou mieux abcès tuberculeux, fonte de tubercules développés dans le tissu cellulaire, ainsi que l'enseignait encore le professeur de clinique externe de Montpellier. Le pus n'est jamais ici partie séreux, partie caillebotté : il paraît toujours provenir, non d'une dégénérescence ou production tuberculeuse, mais bien d'une inflammation phlegmoneuse.

J'aurai en ce moment deux mots à dire sur la manière de panser les abcès, sujet bien rebattu sans doute, mais d'autant plus important que nous croyons pouvoir apporter quelque perfectionnement à ce point de pratique. Dans tous les traités de médecine opératoire, on enseigne, on prescrit d'introduire dans les abcès, après qu'ils ont été ouverts, une tente de charpie ou une mèche de linge effilé, à la faveur d'un stylet simple ou bifurqué, ou d'une sonde lisse ou cannelée. Mais cette méthode de pansement a ses inconvéniens. Elle répugne d'abord à presque tous les malades, surtout aux individus trop irritables ou trop pusillanimes, aux enfans et aux femmes particulièrement, lesquels tremblent tous, ou sont plus ou moins agités, à l'aspect seul de l'instrument qu'on va porter dans l'ouverture déjà pratiquée à l'abcès. D'ailleurs les instrumens *porte-mèches* dont je parlais tout à l'heure peuvent léser quelque nerf, quelque vaisseau. Au lieu donc de stylets et de sondes pour porter une mèche dans le foyer d'un abcès et dans la partie la plus profonde, voici comment nous procédons. Nous prenons plusieurs fils de coton cirés, réunis en double, selon les dimensions que l'ouverture de l'abcès présente, ce qui nous permet de les porter très-avant dans l'intérieur de l'abcès ou de la fistule, à six, huit et dix pouces, ainsi que nous l'avons pratiqué souvent. Les avantages de cette méthode sont que le malade ne redoute pas l'introduction de cette mèche, comme celle d'un stylet ou d'une sonde. En second lieu, la mèche de fil de coton cirée, est inoffensive elle se détournerait ou se ploierait plutôt que d'irriter ou de léser un nerf ou un vaisseau. A peine cette mèche est-elle dans l'abcès que, la chaleur ramollissant la cire, celle-ci devient molle et d'un contact extrêmement doux. Enfin, le pus ne l'altère pas très-rapidement, parce qu'elle conserve toujours assez d'enduit pour ne pas se laisser imbiber ; on sait que la cire ne se combine pas avec les liquides aqueux, sanguins, purulens, etc. Cette mèche est ensuite fixée après une épingle, piquée elle-même sur une partie du vêtement le plus voisin ; à chaque pansement, on renouvelle la mèche cirée, en retirant et coupant la portion qui a déjà séjourné dans l'abcès.

Il y a dans l'histoire des abcès purulens observés chez les mineurs une circonstance aussi grave qu'intéressante à connaître, surtout chez les malades qui s'étaient excédés à des travaux pénibles, et qui offraient, à un très-haut degré, l'aspect anémique dont j'ai assez longuement parlé ci-dessus. Cette circonstance est la diathèse purulente. Il arrive quelquefois, en effet, que les abcès se présentent, en plus ou moins grand nombre, simultanément ou successivement, dans des points ou dans des parties du corps tout-à-fait éloignées les unes des autres. Or, ces deux faits de la multiplicité des abcès et de leur éloignement nous portent à admettre pour ces cas une diathèse ou disposition générale purulente.

L'exemple le plus remarquable que nous ayons vu en ce genre est celui du nommé Maupois, âgé de quarante ans, lequel, pris de douleurs qui passèrent successivement à toutes les articulations des membres, se vit atteint, presque en même temps, de onze abcès, dont l'apparition ne s'interrompit qu'à la mort du malade. Or, le siége de ces abcès était partout, aux pieds, aux jambes, aux cuisses, dans les lombes, à l'un des coudes, à une épaule, dans la région massétérine ; enfin pas une partie du corps, un peu étendue, qui n'eût son abcès : en outre, cet infortuné avait les membres infiltrés.

Ces onze abcès se formaient presque sans symptômes inflammatoires. Le malade était quelquefois le dernier à s'apercevoir de leur existence. Au surplus, il portait tous les traits de la plus profonde anémie. Quelques-uns de ces abcès, lorsque nous les ouvrions ou que nous les pansions, fournissaient jusqu'à un et deux pleins verres de pus : c'est ainsi, en effet, que nous étions obligés de recueillir l'humeur purulente, afin de n'en pas inonder son lit. Ce ne fut enfin qu'au bout de trois mois de suppuration, par un si grand nombre de points à la fois, que cet infortuné succomba.

Ce fait extraordinaire, que l'on peut regarder comme exemple et proto-type de la diathèse purulente, s'est reproduit depuis à mon observation ; il est presque constant chez ceux de nos mineurs qui ont passé une bonne partie de leur vie aux plus rudes travaux.

Les lésions gangréneuses, qui se montrent surtout sous l'influence de l'anémie, ne sont pas non plus, et pour cette dernière raison, très-rares. En effet, elles se déclarent souvent, à l'occasion d'une plaie ou d'une blessure plus ou moins légère. Par exemple, il est très-ordinaire de voir les plaies de jambes particulièrement, se compliquer de gangrène ; et c'est surtout à la faveur de cette complication que l'aire de ces plaies prend rapidement une plus ou moins grande étendue. Mais, faisons-le bien remarquer, presque jamais cette gangrène n'est accompagnée ni précédée d'inflammation : elle s'établit au contraire d'emblée comme dans les plaies. Aussi, ceux de nos ouvriers qui se trouvent dans ce cas ne s'arrêtent pas d'abord dans leurs travaux ; car, disent-ils, ils ne souffrent pas davantage. Ce qui les détermine à prendre du repos et les soins nécessaires est moins la gangrène elle-même que l'agran-

dissement de la plaie. J'ajouterai encore que, lorsque l'inflammation survient, ce n'est pas tant avant qu'après le développement de la gangrène, dont elle sert alors à arrêter les progrès.

A raison toujours de l'état anémique qui prédomine généralement chez le mineur, nous voyons souvent la gangrène venir s'emparer de la surface des vésicatoires. Alors il est curieux d'observer comment il se forme, sur cette surface, des petits godets d'un blanc-jaunâtre et en très-grand nombre : c'est comme un pointillé gangréneux qui a quelquefois jusqu'à une ligne de profondeur dans le derme. Quelques-unes de ces petites anfractuosités se réunissent deux à deux, trois à trois, et transforment en ulcère le vésicatoire. Des phénomènes semblables se présentent chez les sujets qui sont actuellement ou qui viennent d'être atteints de fièvre adynamique ou putride. Les lésions gangréneuses sont quelquefois spontanées, chez nos ouvriers. Elle dépendent de l'état d'anémie dans laquelle ils sont. Enfin la gangrène des os, la nécrose, s'est offerte pareillement à notre observation : tantôt, simultanément avec la gangrène des parties molles, comme chez le jeune mineur *Ducloître*, qui retira lui-même un séquestre du fond d'une plaie à la jambe; tantôt, isolément, sans que les parties molles partageassent la mortification; et alors le segment osseux est plus ou moins de temps à sortir.

Un des plus remarquables exemples que nous ayons vu en ce genre est celui du jeune *Boin*, garçon âgé de treize ans, lequel, après avoir souffert d'une nécrose à la jambe pendant plus de deux ans, a pu tirer dernièrement du fond d'un ulcère des parties molles de ce membre un séquestre énorme, de près de cinq pouces de longueur. La moitié inférieure de ce séquestre tient toute la largeur de l'os, et représente la totalité du cylindre du tibia; sa moitié supérieure n'est que mi-cylindrique. Ce séquestre ne pèse pas moins de treize grammes, après trois mois d'exsiccation.

Tels sont quelques-uns des cas les plus notoires, en fait de maladies externes ou chirurgicales, que j'ai cru pouvoir rapporter ici. Il nous reste maintenant à présenter aussi un extrait succinct de notre clinique médicale proprement dite, tout en ne touchant, bien entendu, que ce qui est propre aux maladies de nos mineurs.

Deuxième série. — *Maladies internes.* — Entre toutes les maladies de cette deuxième série, nous n'en avons pas de plus communes que les fièvres, lesquelles ont figuré souvent pour un bon tiers dans le mouvement mensuel des affections morbides qui s'offrent à notre observation. Ce n'est pas pourtant que toutes les fièvres soient fréquentes chez nos mineurs. Ainsi, par exemple, la fièvre inflammatoire n'est pas très-commune, et plusieurs raisons motivent sa rareté. D'une part, le genre de travail des ouvriers tend plutôt à produire l'anémie que la pléthore, cause prochaine de la fièvre inflammatoire. D'une autre part, le milieu dans lequel respirent les mineurs, lequel est souvent chargé d'une plus ou moins grande quantité de gaz acide carbonique, ainsi que les conditions plus ou moins nuisibles dans lesquels ils vivent, ne donne guère à leur sang ce degré d'oxygénation qui paraît déterminer à son tour la pléthore. Enfin, le mode d'alimentation n'est ni assez tonique ni assez alibile pour développer une prédisposition à la fièvre inflammatoire. Au contraire, et c'est là la comparaison la plus péremptoire que nous puissions établir ici, nous voyons les femmes et les enfans de nos mineurs (et même les habitans de notre localité, mais qui ne pas travaillent dans la mine), être généralement bien plus sujets qu'eux à la fièvre inflammatoire ou angéioténique.

La fièvre adynamique ou putride est, après les intermittentes, la plus fréquente de toutes les fièvres. Elle est même ici très-remarquable; et je pense que le métier pénible et le genre de vie du mineur y prédisposent considérablement; ce qui a lieu pour tout individu exposé à un travail excessif. Un ouvrier occupé cet été aux travaux du canal du Nivernais, à la suite d'excès de fatigue en présenta une exemple récent. Il eut une fièvre adynamique très-grave. Il était à peine âgé de dix-huit ans. La prostration des forces était complète; le pouls était fréquent, petit, concentré; la bouche sèche et fuligineuse. Sans autres symptômes généraux ou locaux, ce malade était alité déjà depuis trois semaines. En le voyant ainsi couché, vous eussiez-dit un homme qui se repose et qui n'est point encore délassé : il n'avait de bien-être et de soulagement qu'au lit. Il ne prenait et ne désirait prendre pour toute alimentation que du lait. Ce fiévreux n'a pas manqué de guérir, ainsi que nous l'avions prédit, dès que par un repos suffisant ses forces ont été rétablies. La fièvre adynamique déterminée par les travaux de la mine n'est guère différente dans son premier degré de l'exemple que nous venons de rapporter. Mais à un degré plus élevé, la fièvre adynamique revêt la forme de fièvre typhoïde, qui n'est autre qu'une fièvre adynamique très-aiguë et très-intense. Or, nous avons eu l'occasion d'en observer de nombreux exemples chez nos mineurs, et surtout chez ceux qui étaient les plus opposés à s'excéder dans les travaux de la mine, soit par l'effet de leur défaut de forces, soit par celui de leur trop rude labeur.

Les symptômes les plus remarquables sont une fièvre violente avec abattement des forces, la fuliginosité de la bouche, l'aberration des sens et de l'intelligence, le délire même, la jactation des membres, des hémorrhagies passives, une sueur excessive et souvent colliquative, en même temps que les excrétions deviennent tout-à-fait involontaires. Dans ces circonstances, la mort est ordinairemente imminent: le traitement, loin d'être antiphlogistique, doit consister dans l'emploi des méthodes révulsive, dérivative, tonique même, et enfin excitante seulement dans la dernière période.

Le plus souvent la fièvre ataxique n'est que la suite ou la complication d'une fièvre adynamique ou typhoïde: on la reconnaît à l'adjonction de symptômes essentiellement nerveux, tels que les soubresauts des tendons, les mouvemens cloniques, convulsifs même, un délire extrême et violent; mais ces cas sont les plus rares. La

cause en serait-elle au peu d'activité de l'encéphale, qui chez nos mineurs agit très-peu et par là même n'est guère prédisposé aux affections sur-aiguës? Nous verrons, en effet tout à l'heure que les lésions cérébrales spontanées sont rares chez nos ouvriers.

Les fièvres intermittentes sont sans contredit les plus communes de toutes nos fièvres : il est vrai qu'elles ne le sont pas seulement chez nos mineurs, mais encore chez tous les autres habitans du département de la Nièvre; et bien au-delà, en descendant la Loire, dans le Berry, le Gâtinais, la Sologne et jusque même dans la Saintonge, en se portant davantage à l'ouest de la France (1). Quant à ce qui est de notre localité communale, nous dirons que le seul mois d'août nous a donné 25 fièvres intermittentes dans l'année 1833, et 21 dans l'année 1832, sur un total de 84 et de 64 malades, pour chacune de ces deux périodes mensuelles.

Ici les fièvres intermittentes sont épidémiques tous les ans, depuis les premiers jours de juin jusqu'en octobre et novembre. Elles affectent tous les types : d'abord, elles sont plus souvent tierces, comme dans tout le cours de l'épidémie; puis elles passent au type quotidien, ou enfin, vers l'automne, au type quarte. Le plus ordinairement, elles ont leurs trois stades de froid, de chaleur et de sueur. Un caractère qui ne manque presque jamais dans nos fièvres intermittentes est un violent mal de tête qui commence avec la pyrexie, et qui ne finit qu'un peu avant la cessation de la fièvre ou en même temps que celle-ci. Une fois l'accès passé, le mal de tête disparaît aussi : ce symptôme se renouvelle à chaque paroxysme.

Ce genre de fièvre n'est à craindre que par ses suites, telles que la faiblesse, l'engorgement de la rate, l'infiltration des membres, etc. Je vois souvent ici des individus qui, après avoir eu la fièvre, les années précédentes, ont actuellement, après 3 ou 4 accès seulement, la rate extrêmement enflée. Jamais nos fièvres intermittentes ne se présentent avec le caractère dit *pernicieux*, comme Torti, Baumes, l'ont observé dans des localités plus méridionales que la nôtre, et riveraines de la mer ou de vastes marais : elles sont au contraire plus souvent *larvées*.

Nos ouvriers mineurs sont très-sujets aux fièvres intermittentes; mais j'ai remarqué pourtant (et ce fait est pour moi tout statistique) que leurs femmes, leurs jeunes enfans, y sont plus sujets qu'eux, ce qui me fait penser que l'activité du système absorbant, cutané et muqueux, est plus grande chez ces ouvriers que chez l'homme adulte; d'où il s'ensuivrait que le miasme ou l'effluve, que l'on présume être cause prochaine des fièvres intermittentes, aurait un plus facile accès dans l'organisme des femmes et des enfans.

(1) Ce fut en Saintonge, à Rochefort même, où il avait été envoyé en mission par le gouvernement français, à l'occasion de l'épidémie qui régnait en 1695, que le célèbre Chirac puisa les matériaux de son *Traité des fièvres malignes et des fièvres pestilentielles*.

Quoi qu'il en soit, toutes ces fièvres intermittentes guérissent très-bien ordinairement par les fébrifuges, par la salicine, par le sulfate de quinine particulièrement; seulement, on pourrait craindre, et avec raison, que l'abus de cette dernière substance n'eût quelques inconvéniens. Or, voici, à cet égard, un fait assez curieux et assez intéressant pour que je le relate.

Un de nos mineurs avait une fièvre tierce pour laquelle je lui remis 12 grains de sulfate de quinine, dont il devait prendre un grain, toutes les deux heures, durant tout le temps de l'intermission. Or, cet homme, qui était, comme on va le voir, un fort mauvais logicien, s'ingéra dans la pensée que, si un grain pouvait lui faire du bien, 12 grains lui feraient 12 fois autant de bien : donc il prit, d'un seul coup, ses 12 grains de sulfate de quinine. Cet individu n'eut plus de fièvre, mais je redoutai une gastrite; et il y avait, en effet, lieu de l'appréhender. Fort heureusement il n'en fut rien, et le résultat donna raison à notre raisonneur. Néanmoins, je lui recommandai bien de ne jamais plus s'exposer à une semblable *médecine*, lui donnant, autant que sa compréhension me le permit, les motifs que j'avais par devers moi (1).

Un moyen fébrifuge ou anti-pyrétique dont je me suis très-bien trouvé dans ma pratique, et qui m'a presque toujours réussi, quand on l'a employé opportunément, et avec tout le soin qu'il réclame, est de tenir le malade très-chaudement dans son lit, bien avant l'invasion de la période algide de la fièvre. Ainsi, une ou deux heures avant le moment accoutumé ou présumé de l'accès, on réchauffera le malade avec des corps très-bons conducteurs du calorique, en même temps qu'on lui fera prendre une infusion très-chaude de fleurs de tilleul ou de bourrache. Par ce moyen, nous avons le plus souvent enrayé la marche de la fièvre; et maintes fois nous l'avons totalement coupée. Cette méthode nous paraît plus expérimentale, plus rationnelle et surtout plus physiologique que l'application, prétendue fébrifuge, d'une forte ligature à l'origine de chacun des membres, afin, dit-on, d'empêcher le reflux ou *molimen*, le *recessus* du sang, à l'intérieur du corps, pendant la période de froid, ainsi que nous l'avons vu essayer, il y a quelques années, mais en vain, par le professeur Lallemand, à sa clinique, à Montpellier.

Par le moyen que j'indique, nous agissons comme on a unanimément recommandé d'agir dans l'immi-

(1) Le sulfate de quinine est moins pernicieux à doses élevées, 24, 30, 36 grains, que ne le pense l'auteur de ce mémoire. Plusieurs observateurs ont consigné dans les divers recueils de médecine des faits qui prouvent que cet sel peut être administré à haute dose sans qu'il en résulte le moindre trouble du côté de l'estomac et des autres organes; seulement on est plus sûr de couper la fièvre. On peut consulter à ce sujet le mémoire de M Martinet inséré dans la *Revue médicale*, année 1824, t. 1,

(*Note du Rédact.*)

nence du choléra-morbus indien, au début de la période algide; mais avec cette extrême différence que, pour le choléra, on ne pouvait employer cette méthode qu'après l'invasion de cette terrible affection, ce qui, dans la comparaison que nous établissons ici, était un désavantage immense; au lieu que, dans les fièvres intermittentes, nous savons, à quelques minutes près, l'invasion prochaine de la période *frigorique*.

Or, en contrariant et neutralisant, si l'on peut, cette période, il y a tout avantage. La pratique que nous recommandons ici est, nous le savons, la médecine du symptôme; mais comme les symptômes, qui ne sont que des effets, peuvent entraîner, à leur tour, de nouveaux effets, il s'ensuit qu'il y a tout gain à s'opposer au développement des premiers : quitte ensuite, et nonobstant, à combattre la cause elle-même par les remèdes que l'expérience a sanctionnés. Ce n'est donc qu'un moyen de plus que nous indiquons ici contre les fièvres intermittentes, et que l'on pourra joindre aux méthodes générales de traitement employés contre ce genre d'affections fébriles.

Bien que nous ayons dit que l'état anémique domine chez nos mineurs, tant dans l'ordre physiologique que dans l'ordre pathologique, néanmoins, cette disposition n'empêche pas les congestions locales, les inflammations, de se déclarer : ce qu'elle empêche plutôt, c'est la réaction forte et durable de l'organisme; nous aurons, en effet, à faire remarquer, pour le traitement général des phlegmasies, que leur état aigu, chez nos ouvriers, ne se prolonge pas long-temps, et que les méthodes anti-phlogistiques ne sont pas non plus long-temps applicables chez eux, attendu que l'état inflammatoire entraîne rapidement après lui un état de prostration. Ainsi, au troisième, au quatrième jour seulement, une phlegmasie viscérale a perdu déjà toute son intensité fluxionnaire; et, après ce terme, les émissions sanguines cessent d'avoir le même avantage. Telle est l'observation la plus importante que nous ayons à faire, concernant l'histoire générale des phlegmasies. Voici maintenant quelques considérations touchant les phlegmasies spéciales.

La variole n'existe plus parmi nos mineurs grâce soit rendue à la vaccine, à la propagation de laquelle nous avons contribué de tous nos efforts. Plus de 3,600 inoculations vaccinales ont été pratiquées, en effet, par nos soins, pendant les années 1831 et 1832.

Tout à côté de nous sont d'autres communes où la vaccine n'a pas eu tout l'accès désirable : aussi, cette année, la variole vient-elle de les ravager. Ces communes, au nombre de trois, sont adjacentes à la nôtre; et par intérêt pour leurs populations, nous avons cru devoir porter ces faits désastreux à la connaissance de l'administration supérieure du département, afin qu'elle avise à ce point de l'hygiène publique, à laquelle elle seule est officiellement, jusqu'à ce jour, préposée par l'état.

La vaccine est donc maintenant générale parmi nos mineurs, et la génération actuelle, est, on peut le dire, à l'abri de la petite-vérole. J'ai vu quelques vaccines se développer très-tard, après 15 jours, trois semaines, depuis qu'elles avaient été opérées. Chez quelques enfans, les boutons de vaccine se phlogosent très-peu ou pas du tout; alors ces boutons restent pâles et d'un blanc nacré; chez d'autres, au contraire, ils ont l'aspect phlegmoneux. Dans tous ces cas, l'effet préservatif n'en est pas différent. Il y a plus, quelques individus m'ont présenté, parmi leurs six boutons, un degré d'inflammation souvent tout opposé. Enfin, il nous est arrivé de nous servir, chez le même sujet, d'un bouton qui seul avait pris, pour lui en faire d'autres, et constamment les nouvelles piqûres ont pris aussi.

Un dernier fait moins remarquable est que des enfans qui ne savaient pas qu'ils avaient été vaccinés dès leur bas âge, sont venus se faire vacciner, une deuxième fois; et cette seconde édition de vaccine a tout aussi bien réussi que la première : ce qui achève de démontrer, si on ne le savait déjà, que la vaccine est fort susceptible de se reproduire chez les mêmes individus.

La fausse petite-vérole, ou varioloïde, est devenue, de nos jours, d'autant plus fréquente que la variole est au contraire devenue plus rare. Ainsi, tous les ans, durant le semestre d'été, nous l'observons en assez grand nombre. Les enfans vaccinés sont quelquefois couverts de cette *pseudo-variole :* d'où l'on peut inférer très-rationnellement que si ces enfans n'avaient pas été vaccinés, la variole eût été chez eux très-confluente, et partant plus ou moins fâcheuse et peut-être fatale.

Durant ces épidémies annuelles de fausse petite-vérole, j'ai vu plusieurs jeunes enfans avoir une fièvre très-aiguë, mais sans aucune éruption. Or, la co-existence de l'épidémie en question avec cette fièvre pourrait faire penser que c'était une fièvre *varicelleuse* sans varicelle, comme on voit des fièvres de rougeole sans rougeole, ou *febris morbillosa sine morbillis.* C'est là, comme on sait, un effet très-ordinaire des épidémies et des constitutions médicales.

L'érysipèle est ordinairement sporadique dans notre localité : pourtant, il y a trois ans, durant le printemps de 1830, nous en avons observé une épidémie réelle. En moins de trois semaines, nous en avons même constaté une vingtaine d'exemples dans notre seule commune. Les femmes y furent plus sujettes que les hommes; sans doute parce que chez elles la pléthore sanguine existe bien plus que chez nos ouvriers; quelques bourgeois aussi en furent atteints. On sait combien, à la fin du siècle dernier, Stoll avait préconisé, dans Vienne, l'émétique contre l'érysipèle, comme contre la plupart des autres maladies. Eh bien! j'ai vu, pendant l'épidémie dont je parle, l'érysipèle se déclarer positivement, après que j'avais prescrit un émétique, dont l'effet évacuant avait du reste été excellent. La marche de ces érysipèles était très-régulière; deux individus, un homme et une femme, en périrent par la complication d'une encéphalite. Chez l'un et chez l'autre, le délire existait déjà, lorsque j'arrivai auprès d'eux.

Ces deux affections ne se sont jamais présentées à

mon observation chez nos mineurs : serait-ce donc parce que l'atmosphère plus ou moins sulfureuse, dans laquelle ils se trouvent placés au milieu de la mine, contrarierait le développement de ces deux affections? Serait-ce encore que l'eau sulfureuse, dont ils sont continuellement pénétrés, aurait le même résultat? A ce compte, il y aurait donc quelque bénéfice d'hygiène au métier de mineur.

Cependant, nous rencontrons dans notre pratique des sujets atteints de dartres ou de la gale; mais aucun d'eux n'est du nombre de nos travailleurs dans la mine. *Gromard-Rousseau* et son enfant, tous deux mineurs, n'ont pas eu la gale, tandis que sa femme et sa fille l'avaient. Le mineur Renaud n'a pas non plus partagé cette affection avec sa femme, chez qui elle était chronique; bien qu'il n'eût pourtant pas cessé de partager sa couche.

Au contraire, chez nos charretiers, palfreniers, maréchaux et tous ceux des ouvriers qui sont le plus souvent auprès de nos chevaux, atteints pour la plupart d'éruptions cutanées, les affections herpétique et psorique ne sont pas extrêmement rares. Y aurait-il donc ici une sorte de contagion? quoique celle-ci ne me soit pas démontrée, le fait que j'indique n'est, néanmoins, que trop certain.

L'ophthalmie est fréquente chez nos mineurs, qui nous l'offrent de deux espèces : l'une spontanée, catarrhale, si je puis ainsi la caractériser, et l'autre traumatique. Quant à la première, elle existait en décembre 1833 avec un caractère épidémique. Plus de quarante individus en son atteints; du reste, elle est peu grave, et n'offre rien de différent ici de ce qu'elle est ailleurs.

Si nos mineurs ne sont pas exposés à l'ophthalmie, par l'éclat ni l'intensité de la lumière et du feu, comme les verriers, par exemple; en revanche, ils y sont très-exposés par les éclats de charbon, qui non-seulement s'introduisent entre les paupières et sur le globe de l'œil, mais encore blessent plus ou moins celui-ci et l'entament même, à la faveur de leurs bords aiguleux. Les coups de poudre dans la mine produisent surtout ce genre d'ophthalmie.

Nos maréchaux, forgerons, cloutiers, serruriers, etc., sont également sujets aux mêmes accidens par les éclats de fer incandescent : ici, les effets sont bien plus graves; car il y a en même temps brûlure. Chez un meunier qui taillait sa meule et qui n'avait pas eu la précaution de mettre les lunettes de sûreté, que cette classe d'ouvriers doit avoir exprès et exclusivement pour cet usage, j'ai vu une infiniment petite parcelle de l'acier du ciseau blesser profondément la cornée transparente. Dans ce cas et dans tous les autres de ce genre, j'ai pu enlever le corps étranger, à la faveur d'une lancette, dont je passai sur la cornée, soit l'un des bords seulement, soit la pointe, lorsque le corps étranger s'était niché dans une légère plaie qu'il avait faite à cette membrane.

Voici un genre d'inflammation qui a été fort peu décrit, que je sache, par les auteurs de nosographie, et que pourtant j'ai déjà observé très-souvent, soit chez nos mineurs, soit chez d'autres individus : néanmoins, je dois dire que la phlegmasie des gencives a reçu dans un journal de médecine le nom d'*ulite*. La plupart des malades appréhendent beaucoup d'avoir alors le scorbut, parce qu'ils ont ouï dire que dans cette dernière affection les gencives sont saignantes et ulcéreuses : mais l'inflammation dont il est ici question est absolument locale.

Les gencives supérieure et inférieure présentent un liseré d'abord très-rouge et qui devient ensuite blanchâtre, tout le long du bord libre et anfractueux des gencives; le reste de cette membrane est très-rouge et tuméfié. La muqueuse interne des lèvres, celle des joues participent aussi plus ou moins à cet état : quelques points blafards et ulcéreux se remarquent souvent çà et là. Les glandes lymphatiques sous-maxillaires s'engorgent; les dents prennent un aspect brunâtre et carieux, elles s'ébranlent même. Enfin des abcès se forment dans les gencives ou dans les lèvres; et il m'est arrivé plus d'une fois de voir que l'évulsion d'une dent plus douloureuse que les autres donnait lieu, dans ces cas, à un écoulement abondant de pus : mais ce n'était là qu'une complication de la phlegmasie que nous décrivons en ce moment.

Cette phlegmasie, nous proposons de l'appeler *angine des gencives;* par là nous aurons complété la nomenclature des angines, depuis celle-ci jusqu'à celles de la langue, des amygdales, du pharynx, du larynx, etc. L'angine des gencives s'arrête, en effet, en arrière, aux gencives des dents molaires, là où l'angine tonsillaire et du voile du palais commence. Le traitement de cette sorte d'angine consiste dans les émissions sanguines locales d'abord, dans les gargarismes émolliens, astringens, toniques, et enfin dans les moyens dérivatifs et révulsifs. Cette affection est le plus souvent chronique, et ne dure guère moins de cinq à six semaines. Du reste, elle est plus désagréable, à cause de la suppuration et de la puanteur de l'haleine qui en est la suite, qu'elle n'est réellement dangereuse ou fâcheuse.

Les angines tonsillaire, pharyngienne, laryngée ont été excessivement communes, durant le dernier semestre de 1833 : elles ont même été épidémiques; c'était une véritable grippe. Ainsi, pour le mois d'août seulement, nous en avons soigné 12, sur 84 malades; ajoutons qu'indépendamment de ce nombre 12, il y en a eu beaucoup d'autres que nous avons rencontrés plus tard; aussi, les grippés avaient-ils généralement cette affection à un haut degré d'intensité : après les fièvres intermittentes, c'était la maladie la plus répandue. Or, dans mon rapport adressé à notre administration des mines, je faisais remarquer que, de même que le choléra, la grippe, une fois entrée dans une maison, dans un ménage, très-rarement se bornait à affecter un seul individu. Le plus souvent, deux, trois membres de la même famille, demeurant ensemble, en étaient successivement ou simultanément atteints. Quand l'un commençait à guérir, un autre se prenait du même mal : la mère et les deux filles *Boudat* nous en on offert un exemple,

d'une manière très-remarquable. Jamais la grippe n'a été ici mortelle. Une fois seulement, je l'ai vue menacer de suffocation une de mes malades, laquelle, ne s'effrayant pas de ne pouvoir rien avaler (ce qu'elle avait de commun avec tous les autres grippés, s'affectait déjà beaucoup, au contraire, de sentir que sa respiration ne se continuait qu'avec une excessive difficulté. Vingt sangsues au cou rendirent sur le champ leur liberté aux mouvemens respiratoires. Cette épidémie de grippe a coexisté, il faut l'indiquer, avec celle de Paris et de beaucoup d'autres départemens, pendant l'été de 1833; ayant passé, à cette époque, deux mois à Paris, nous avons pu constater l'identité de cette grippe épidémique.

Il est une circonstance, relative à la manière de se vêtir, qui me paraît prédisposer beaucoup nos ouvriers, non moins que leurs femmes et leurs enfans, à prendre la grippe ou tout autre angine non épidémique; c'est la fâcheuse habitude où ils sont de laisser la partie antérieure de leur cou presque complètement à nu. Quand je recommande à nos mineurs, surtout par les jours de grand froid, de porter une cravate, ils me répondent que cela les gêne, qu'ils n'y sont pas habitués. Pour ce qui concerne les femmes, il serait bien plus difficile sans doute de réformer quelque partie de leur costume, et de les déterminer à le rendre plus *confortable*, afin de garantir le cou ou la gorge. Allez leur proposer, par exemple, quelque chose de semblable ou d'analogue au petit col de velours ou de soie que portaient, il y a quatre ou cinq ans, les dames de nos villes : il serait pourtant fort avantageux que des réformes aussi hygiéniques fussent généralement accueillies et adoptées, durant au moins la saison rigoureuse de l'hiver.

Pour compléter maintenant l'histoire des grippes que nous avons observées, nous ajouterons qu'elles se sont terminées quelquefois par des abcès dans les amygdales : nous avons ouvert les uns; et les autres ont percé spontanément. Au surplus, ici comme dans la plupart des phlegmasies, ce sont les méthodes anti-phlogistique et émolliente qui doivent être préférées.

Fort peu d'ouvriers mineurs échappent à l'une ou à l'autre de ces affections, dans le courant d'une année seulement. Que de causes, en effet, les prédisposent particulièrement à ces maladies. D'une part, nous trouvons une atmosphère généralement très-chaude, mais traversée quelquefois, dans certaines galeries, par des courans d'air très-froids; de plus, la poussière de charbon, la fumée des lumières, les gaz sulfureux, acide carbonique, etc., sont autant de causes d'irritation pour l'appareil respiratoire. D'une autre part, la sueur abondante de nos mineurs est très-sujette à être tout-à-coup arrêtée, soit par l'eau qu'ils reçoivent sur le corps, soit par le froid qui les saisit, en remontant de la mine, ou en retournant chez eux à des distances souvent de 2,000 à 3,000 mètres. Pour s'opposer à ces causes si fréquentes de maladies, on oblige le mineur qui revient des travaux intérieurs, à poser ses vêtemens de travail, dès qu'il sort du puits, sur le bord duquel il y a un grand foyer, qui sert en même temps, comme nous l'avons déjà dit, à éclairer l'ouverture de la fosse, durant la nuit. Là, dans une sorte de chambre en bois et commune à tous, chaque mineur doit déposer ses habits de travail, les suspendre pour qu'ils sèchent jusqu'à la prochaine course ou journée, et reprendre ses vêtemens du dehors ou du dessus. Mais cette discipline, quoique très-salutaire, n'est pas rigoureusement observée. Beaucoup par paresse, par insouciance, ou pour ne pas salir leurs vêtemens, aiment mieux s'en retourner chez eux, tels qu'ils étaient sous terre, afin de se laver, avant de reprendre leurs habits. Toutes ces circonstances tendent à arrêter la transpiration cutanée et à déterminer une fluxion inflammatoire sur les divers organes de la respiration, comme aussi sur beaucoup d'autres.

La marche de la pleuro-pneumonie a cela de particulier chez nos mineurs, savoir que cette lésion se complique, au bout de 3, 4 ou 5 jours, d'un état asthénique et même anémique, lequel est extrêmement à craindre; en ce que, si d'une part les émissions sanguines sont indiquées par la congestion de sang, d'une autre part elles sont contre-indiquées par l'état asthénique ou anémique, imminent ou actuel. Il y a plus, j'ai souvent observé, et même tout dernièrement, dans une pleurésie, que la saignée et les sangsues ne font pas toujours disparaître le point de côté, ni même ne diminuent son intensité. Ce fait vient de se représenter sur le machiniste Gautier. Ce malade, ouvrier du dehors ou de dessus, chez qui nous n'avons pas pourtant épargné les émissions sanguines générales et locales, ressent encore quelque douleur, quelque gêne, dans le côté où siégeait sa pleurésie, même plusieurs semaines après sa guérison. Je n'ai parlé de ce malade que pour faire voir qu'il ne faudrait pas toujours insister sur l'emploi des émissions sanguines, jusqu'à la disparition complète et absolue des points de côté, dans une pleurésie. Car, en voulant triompher tout-à-fait de ce symptôme, on serait exposé à débiliter des hommes, dont la vitalité est déjà très-peu développée. De telle sorte que nos malades pourraient périr plutôt du traitement anti-phlogistique que de leur pleurésie.

(*La fin de ce mémoire et le rapport de* M. Double, *au prochain cahier.*)

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

—

ANALYSES D'OUVRAGES.

Abhandlungen aus dem Gebiete der Geburtshuelfe, etc. Mémoire *sur divers points de l'art des accouchemens*, par Gustave-Adolphe Michaelis, professeur particulier à l'université de Kiel. 1 vol. in-8°. 1833. — *Premier Mémoire. — De l'opération césarienne.*

A la réunion des naturalistes allemands qui eut lieu à Hambourg en 1830, le docteur Wiedemann présenta

une femme qui avait déjà subi à deux reprises l'opération césarienne. L'auteur l'a opérée lui-même avec succès pour la troisième fois. C'est par ce cas si remarquable que l'auteur commence son premier Mémoire. La malade était née en 1795, dans le Holstein; dès son enfance elle était rachitique, et ce n'est que vers l'âge de douze ans qu'elle commença à marcher; à dix-huit ans seulement, elle fut parfaitement réglée; sa taille et de quatre pieds seulement; la colonne vertébrale est fortement courbée en avant dans la région lombaire; le bassin est déformé, c'est-à-dire fortement comprimé d'arrière en avant; la distance qui sépare la symphyse du pubis du promontoire n'est que de deux pouces un quart, et les autres diamètres ne sont pas plus grands; la concavité du sacrum est presque nulle, et le périnée est fort étroit.

La première grossesse eut lieu en 1826, et l'accouchement ayant été reconnu impossible, on pratiqua l'opération en faisant une longue incision parallèle à la ligne blanche; l'enfant était mort; la mère guérit en trois semaines, sans accident. La malade devint grosse pour la seconde fois, en avril 1829; elle se fit alors transporter dans la maison d'accouchement de Kiel. La matrice était évidemment adhérente à la cicatrice, et elle formait une protubérance saillante au-dessus du pubis; lorsque les douleurs se déclarèrent, le 20 janvier, et vers la partie inférieure où l'utérus était plus intimement adhérent aux parois abdominales, il se formait à chaque douleur un creux entouré de plis rayonnans. Il fallut de nouveau recourir à la section; elle fut faite en pratiquant une incision en dedans de la cicatrice de la première; à l'incision des parois utérines, une forte douleur fit sortir d'abord le placenta, puis l'enfant, dont la tête seule resta engagée dans l'utérus; des tractions modérées la dégagèrent. L'enfant était une fille, du poids de sept livres, et d'une bonne santé; il mourut néanmoins vers la fin de février, d'une induration du tissu cellulaire. A cette époque, la plaie était presque complètement cicatrisée; et, à la fin de mars, la mère quitta l'établissement. En juin 1831, elle devint grosse pour la troisième fois, et le 28 mars 1832, elle commença à éprouver les premières douleurs; la malade se décida sans peine à une troisième opération, que je pratiquai en faisant une incision sur la paroi gauche de l'abdomen, incision qui venait obliquement rejoindre la cicatrice des deux autres dans le voisinage du pubis. L'enfant fut extrait facilement; il pesait six livres et demie; il était très-viable, et fut baptisé sous le nom de Charles-César; sa mère, après les accidens inévitables d'une aussi grande opération, quitta la maison le 27 mai.

Recherches historiques sur l'opération césarienne. — L'heureux succès de la triple opération que nous venons de rapporter, fit naître dans l'esprit de l'auteur l'envie de faire la statistique de l'opération césarienne, afin d'avoir une idée exacte de sa gravité, et de pouvoir apprécier numériquement les chances de salut de la mère et de l'enfant. Le nombre d'opérations connues est assez grand pour qu'on puisse espérer de voir toutes les chances d'erreur se compenser et se détruire mutuellement; ainsi, de 1801 à 1832 seulement, il a été publié cent trente cas d'hystérotomie. Le premier écrit sur cette matière est celui de Rousset, intitulé : *Exsectio fœtûs vivi ex matre vivâ* ou *Hysterotomotokia*, publié à Francfort en 1601, qui contient quinze cas d'hystérotomie, dont six sont propres à l'auteur. Dans l'appendice que Gaspard Bauhin a ajouté à ce livre, il est parlé de neuf cas nouveaux. A en juger par le silence des auteurs, ces vingt-quatre cas furent tous suivis de succès. Le jésuite Théophile Raynand, de *Ortu infantium contra naturam per sect. cæs. Lugduni*, 1637, fit connaître quatre cas nouveaux, sur lesquels il en est un où l'opération fut pratiquée six fois sur la même femme; ici encore, il n'est question que de succès. Simon (*Mémoires de l'Académie de chir.*, t. I, 1758), après avoir rappelé les travaux antérieurs, publie trente-trois cas extraits de différens auteurs, parmi lesquels il se trouve quelques doubles emplois : il ajoute à cette nomenclature onze cas encore inédits, sur lesquels dix lui sont personnels.

Meckel, dans son introduction au *Traité des accouchemens* de Baudelocque, publié en 1794, augmente la liste de Simon de vingt-sept exemples, savoir : dix-neuf où l'opération fut suivie de succès, et huit où la terminaison devint funeste. Klein le jeune inséra, en 1799, dans le *Journal de l'Oder*, v. II, p. 760, un *Mémoire sur l'hystérotomie*; il compte cent seize cas d'hystérotomie pratiqués sur le vivant, sur lesquels quatre-vingt-dix se terminèrent heureusement pour la mère, tandis que vingt-six eurent une issue fâcheuse. On peut bien jeter quelques doutes sur l'authenticité de ces nombres, mais il est impossible d'en concevoir le moindre sur les soixante-six cas, dont vingt-quatre heureux et quarante-deux malheureux, rapportés par Baudelocque dans le *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. V, an VII. Ce Mémoire résume l'histoire des opérations faites en France depuis 1752 à 1799. K. Sprengel, dans son *Histoire de la chirurgie*, rassemblant toutes les observations authentiques, établissait, en 1805, le rapport des cas heureux aux cas malheureux comme 39 : 41. En 1825, on soutint, à Tubingue, une thèse intitulée : *Dissertatio inaug. medic. obstetriciæ sistens annotationes ad sectionem cæsaream; auct.*, J.-B. Wanner qui contient la revue des cas connus de 1801 à 1825, mais le nombre des inexactitudes dont cette thèse fourmille est si grand, qu'on ne peut lui accorder aucune confiance. Meissner, dans son ouvrage intitulé : *Progrès de l'art des accouchemens* dans le 19e siècle, établit que depuis le commencement de cette centurie, cinq cas seulement eurent une issue funeste pour la mère et pour l'enfant, vingt-trois pour la mère, tandis que dans trente-trois cas on conserva l'un et l'autre à la vie. M. Michaëlis a cherché à étendre et à compléter ces travaux, en les soumettant à une critique sévère, et n'admettant que les cas qui ne présentent pas le plus léger doute.

Le nombre des femmes opérées une première fois qui devinrent grosses de nouveau est de dix-huit : sur ces dix-huit, deux succombèrent à une rupture de l'u-

térus ; les autres furent opérées ; onze guérirent, et cinq moururent. Des seize enfans, sept restèrent en vie. Le rapport des cas heureux aux cas malheureux est donc comme 11 : 5.

Examinons maintenant, avec l'auteur, le nombre des cas d'opération pratiqués une fois seulement, et le rapport des cas heureux aux cas malheureux ; il a rassemblé, avec une patience éclairée deux cent cinquante-huit cas, dont cent quarante-huit appartiennent au siècle précédent, cent dix au siècle dans lequel nous vivons; il a trouvé qu'il y avait eu cent quarante cas funestes, et cent dix-huit heureux ; ce qui donne le rapport de 3 : 4 comme exprimant la proportion des chances favorables aux chances défavorables. Ces résultats sont forts curieux, en ce qu'ils prouvent qu'une femme opérée pour la seconde fois a plus de chances de guérison (11 : 5) qu'une malade opérée pour la première (3 : 4).

Quelles sont les circonstances qui ont nécessité l'opération. Ici encore, l'auteur s'aidant de recherches statistiques, trouve que sur quatre-vingts cas où l'indication de l'opération est exactement mentionnée, l'étroitesse du détroit supérieur du bassin l'a nécessitée soixante-deux fois ; l'étroitesse du détroit inférieur, quatre fois ; la présence d'exostoses, deux fois ; l'oblitération du vagin, quatre fois ; la rupture de l'utérus, quatre fois ; l'inflammation du vagin, suite de mauvaises manœuvres, une fois ; l'opération a été faite trois fois sans indication bien pressante, deux fois sans aucune indication.

Les accoucheurs ne sont pas d'accord sur la question de savoir si on doit opérer avant la rupture de la poche des eaux, ou après ; M. Michaëlis décide la question, en faisant voir que le nombre des femmes qui survécurent, lorsque l'opération fut faite avant l'écoulement des eaux de l'amnios, est à celui des morts comme 4 : 3, et, chose fort remarquable, *tous* les enfans vécurent. Il est facile, en soutenant les parois abdominales, d'empêcher l'épanchement du liquide amniotique dans la cavité péritonéale.

Les causes de mort de la mère sont faciles à apprécier ; sur quarante-trois cas, où elles sont mentionnées avec des détails suffisans, on trouve que les accidens mortels survinrent dans les proportions suivantes : immédiatement après l'opération, deux ; convulsions, deux ; faiblesse, trois ; hémorrhagie, sept ; météorisme, trois ; épanchemens dans l'abdomen, trois ; ostéomalaxie, une ; diarrhée, une ; inflammation, treize ; gangrène, huit. Il est intéressant aussi de voir au bout de combien de jours les femmes ont succombé, et au bout de combien elles ont guéri. Voici un tableau qui donne ces résultats :

Guérisons.			Mortes.		
Nombre des Femmes guéries.		Semaines.	Jours.		Nombre des Femmes mortes.
3	— —	3e.	1er	— —	8
3	— —	4e.	2e	— —	6
3	— —	5e.	3e	— —	10
5	— —	6e.	4e	— —	5
3	— —	7e.	5e	— —	12
3	— —	8e.	6e	— —	4
2	— —	10e.	7e	— —	1
			8e	— —	3
			18e	— —	1
			20e	— —	1
			27e	— —	1
			30e	— —	1
			45e	— —	1

D'après cela, on peut calculer la probabilité de la guérison, en comparant les cas malheureux avec des cas heureux.

On trouve que le premier jour, les chances sont égales ; le second jour, les chances favorables sont aux défavorables, comme 42 : 40 ; le 3e = 72 : 30 ; le 4e = 67 : 25 ; le 5e = 55 : 13 ; le 6e = 51 : 9 ; le 8e = 47 : 5.

Le nombre des enfans qui vinrent morts au monde est beaucoup plus grand que l'on ne devrait s'y attendre pour une opération qui semble si peu compromettre leur existence. Ainsi, sur le nombre total, on trouve que soixante-sept enfans vinrent vivans au monde, vingt-neuf morts et quatre non viables. Cela vient probablement de ce que l'on diffère trop le moment de l'opération.

Deuxième Mémoire. — *Sur les accouchemens par les pieds, où le dos de l'enfant est tourné vers le dos de la mère.*

Mauriceau, Levret, Siebold et d'autres accoucheurs professent que lorsque le dos de l'enfant est tourné vers celui de la mère, de telle façon que les pieds sont dirigés en avant, il faut changer la position. C'est là aussi la doctrine de Bandelocque, qui dit qu'on doit faire exécuter au tronc un mouvement de rotation sur lui-même. Ce que l'on craint, c'est que le menton n'accroche le pubis ; aussi M. Velpeau veut-il que l'on refoule la tête, et qu'on cherche à lui faire exécuter un mouvement de pivot qui porte peu-à-peu la face en arrière ; en supposant qu'il ne soit pas possible de retourner ainsi l'occiput, on tirerait sur les épaules et sur la poitrine, en les renversant plutôt en arrière qu'en avant, de manière à faire sortir le front et la fontanelle antérieure avant l'occiput ; si ces tractions étaient inutiles, on aurait recours au forceps. M. Michaëlis s'efforce de prouver, dans ce Mémoire, que cette position de l'enfant ne nécessite pas l'intervention de l'art, et que l'accouchement peut se terminer par les seuls efforts de la nature. D'abord, il croit pouvoir affirmer que cette version du fœtus réussit rarement, et il en appelle à l'expérience de tous les accoucheurs. Il n'est pas plus difficile de dégager les bras dans cette position que dans les

autres, et si l'on redoute que le cordon ombilical ne se trouve pris entre le menton de l'enfant et la symphyse, le temps que l'on perd à opérer la version ne fait qu'accroître ce danger. La dernière difficulté, le passage de la tête par le détroit inférieur, passage que Carus, Siebold, Ritgen, et presque tous les accoucheurs, excepté Naegèle, regardent comme impossible, ne l'est réellement pas. C'est ce que l'auteur fait voir par des gravures et par le calcul des diamètres. Si les contractions de la matrice étaient insuffisantes, on aurait recours à l'application du forceps, qui n'offre pas plus d'obstacle que si la face était tournée en bas. L'auteur cite sept observations qui viennent à l'appui de sa manière de voir, sur les causes de la procidence du cordon, et sur le meilleur moyen d'opérer sa réduction.

Cet accident est assez rare; il s'est présenté quarante une fois sur 15,652 accouchemens à la maternité de Paris; vingt sept fois sur 2,400 accouchemens à la maison de Kiel; de ces 27 enfans vingt naquirent morts, sept vivans. Dix-neuf fois le cordon était placé près de la tête, trois fois près de l'une des extrémités supérieures, cinq fois près des pieds; on opéra huit fois la version, et le forceps fut appliqué sept fois; trois enfans vinrent vivans au monde par la première méthode, deux par la seconde. Ces résultats défavorables se sont aussi reproduits ailleurs. Ainsi à Wurzbourg, sur 28 cas de procidence du cordon, sept enfans seulement furent sauvés. Examinons d'abord les causes les plus communes de cette procidence. Dans l'état naturel, le cordon est placé dans la concavité antérieure formée par le corps de l'enfant, ou tournée autour de son cou et de son corps; lorsque le cordon s'échappe, on l'attribue à la grande quantité de liquide amniotique, à son excessive longueur, ou à la sortie trop brusque des eaux, au moment de l'accouchement. Mais il est une cause qui jusqu'ici a été peu appréciée et sur laquelle M. Michaëlis a le premier attiré l'attention des praticiens, c'est que la partie inférieure de la matrice se moule exactement sur la tête de l'enfant, dans l'accouchement naturel, si les pieds se présentent d'abord ou que la poche des eaux se rompe trop tôt; alors le cordon glisse entre la matrice et la partie qui se trouve dans le voisinage du col. Si cette cause de chute du cordon n'a pas été suffisamment appréciée, on ne s'est pas non plus rendu compte d'une manière satisfaisante de la position particulière du col de l'utérus, qui rend la réduction difficile; l'auteur a été amené à la reconnaître dans des cas particuliers de versions faites longtemps après l'écoulement des eaux; trouvant le col tout-à-fait flasque et élargi, il s'attendait à pénétrer très-facilement dans l'utérus, mais le bord supérieur du col était souvent à peine dilaté et fortement appliqué sur le fœtus, et cela dans des cas où l'utérus n'était nullement le siége de contractions spasmodiques, car la partie rétrécie du col dépassée, la main se mouvait librement dans l'utérus. Ainsi l'on doit se figurer dans ces cas le col de la matrice comme un cylindre rétréci à sa partie supérieure. Lorsque l'on cherche à réduire le cordon, on le porte jusqu'au rétrécissement et non pas au-delà; alors on croit avoir reporté le cordon dans la matrice, et en réalité, on ne l'a porté qu'à l'entrée de cette cavité, dont l'anneau déjà cité lui ferme l'entrée; on ne saurait donc porter le cordon assez haut, et pour cela les doigts sont insuffisans, ou seulement ce ne peut avoir lieu que chez des femmes qui ont eu plusieurs enfans, et où la main peut pénétrer dans la cavité de l'utérus. C'est pour cela que l'auteur indique un procédé nouveau, qui a beaucoup d'analogie avec celui de M. Dudan, et qui se recommande par sa simplicité. On se sert d'une sonde de gomme élastique de 12 à 14 pouces de long, percée à son extrémité de deux yeux placés l'un au-dessus de l'autre, avec un mandrin en cuivre, et d'un cordonnet de soie de la longueur de plusieurs aunes. On passe ce cordon plié en double à travers la sonde, de façon à ce que l'anse ressorte par l'œil supérieur. Pour le passer plus facilement, on le tire avec un fil de fer très-fin, recourbé en crochet à son extrémité. Cela fait, on reconnaît la position de l'anse ombilicale. On introduit le cordonnet de soie dans le vagin, et on passe l'extrémité qui traverse l'œil de la sonde dans l'anse ombilicale, puis on le ramène en dehors du vagin. Alors on fait pénétrer le mandrin dans la sonde, on accroche l'anse de fil à son extrémité, et on le pousse jusqu'au bout de la sonde. De cette manière l'anse ombilicale se trouve fixée à l'extrémité du cathéter, et on la repousse dans la matrice aussi haut que possible, en cherchant à le faire du côté de la concavité de l'enfant où le cordon trouve toujours le plus de facilité à se loger. Lorsqu'il est bien réduit, on retire le mandrin de la sonde; alors l'anse de fil n'entoure plus le cordon ombilical, et on peut retirer la sonde. L'auteur a employé la méthode dans trois cas avec le succès le plus complet.

MARTINS., D. M.

Cette analyse était déjà imprimée lorsque j'ai reçu de M. Michaëlis une note dont voici la traduction. Depuis quatorze ans, dit-il, j'ai fait la réduction du cordon dans onze cas successifs; neuf enfans vinrent vivans au monde, deux morts. Dans quatre cas il y avait étroitesse du bassin; un des enfans fut expulsé par les seules forces de la nature, mais sa tête présentait des signes de compressions; l'autre était déjà tellement faible dans le sein de sa mère que le cordon ne donnait que 60 à 70 pulsations par minute, et qu'il y avait abondante évacuation de méconium; ajoutez à cela que l'enfant ne vint au monde que 19 heures après la réduction du cordon. Un des enfans fut amené avec le forceps plusieurs heures après avoir réduit le cordon; deux autres, dont l'un pesait neuf livres, vinrent au monde sans les secours de l'art. Dans cinq cas il y eut procidence d'un bras à côté du cordon. Une seule fois je me servis de la sonde de gomme élastique, la main fut suffisante dans tous les autres. Une fois il y eut une seconde procidence après la réduction, parce qu'aucune partie de l'enfant n'était exactement appliquée sur le col, et que l'utérus ne se contractait pas. Ces circonstances nécessitent la version. Une fois aussi je réduisis

un cordon qui ne donnait pas la moindre pulsation, et l'enfant vécut. Deux fois on fit rentrer à la fois le cordon et le bras sans percer la poche des eaux ; opération plus facile alors que lorsqu'elles sont écoulées.

Ch. M.

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

—

I. — *Sur les effets salutaires des bains de pied avec l'acide nitro-muriatique, dans les maladies du foie*, par le Dr Schlesinger.

On se défie avec raison des remèdes nouveaux ; cependant cette défiance ne doit pas aller au point de rejeter sans examen un moyen thérapeutique, uniquement parce qu'il est de fraîche date. Tantini, dans ses *Expériences médicales*, conseilla le premier les pédiluves nitro-muriatiques, et sa formule était la suivante :

Pr.	Acide hydrochlorique.	℥iij.
	Acide nitrique.	℥ij.
	Eau pure.	℥vj

On prend le *tiers* de la quantité totale, et on la mêle à quarante-cinq ou cinquante livres d'eau, ce qui constitue un bain de pieds que le malade doit prendre dans un seau qui va jusqu'aux genoux ; il y restera environ vingt minutes le soir, avant de se coucher. On voit souvent paraître le long des jambes de petites pustules ; alors on diminue la quantité d'acide.

Examinons maintenant les circonstances dans lesquelles ces bains de pieds sont utiles. Après l'hépatite aiguë, on voit souvent persister des symptômes que l'on attribue soit à une inflammation chronique, soit à une induration du foie ; le malade éprouve des coliques, des vomissemens, de la constipation, etc. Après un certain nombre de pédiluves nitro-muriatiques, les selles deviennent faciles et l'appétit se réveille ; les sueurs qui suivent l'usage de chaque bain, au lieu d'affaiblir le malade, contribuent au rétablissement des forces. Un malade avait eu une hépatite qui avait été traitée par des sangsues, des saignées et du calomel. Cependant l'ictère persistait, il y avait de la pesanteur vers la région du foie, qui était dur aux hanches, et de temps à autre des vomissemens de matières noirâtres. Le pouls était petit et fréquent. On employa le petit-lait, le lait d'ânesse, les eaux de Selters, mais sans succès ; alors on eut recours aux pédiluves nitro-muriatiques. Après le huitième bain, la fièvre avait disparu ; après le quinzième, l'ictère n'existait plus ; les matières fécales se colorèrent, et au bout de deux mois, le malade était guéri. D'autres témoignages qui s'accordent avec celui du docteur Schlesinger autorisent à faire de nouveaux essais avec ce médicament.

(*Journal de Hufeland*, novembre 1834).

II. — *Observations de pustule maligne transmise à l'homme par le contact d'animaux malades, faites en Saxe*, par le Dr. Wagner.

Ayant appris que dans le village de Saint-Striésa, en Saxe, deux hommes avaient succombé en peu de temps ; que plusieurs étaient malades, et que sept bêtes à cornes étaient mortes dans une ferme, je me rendis à ce village pour avoir des détails circonstanciés sur cet événement.

Voici comme les choses s'étaient passées. Le 13 juillet, un troupeau revenait du pâturage ; un bœuf tomba sans pouvoir se relever ; convaincu que l'animal crèverait bientôt, un chasseur le tua d'un coup de fusil dans la tête. Deux hommes d'une forte constitution, agés, l'un de 40 ans, et l'autre de 30, dépecèrent l'animal ; la viande fut partagée parmi les habitans du village. Peu de jours après, plusieurs pièces de bétail crevèrent aussi dans la ferme. Les mêmes individus enlevèrent la peau, mais la viande ne fut pas mangée, car toutes les personnes qui avaient fait leur nourriture de celle du premier animal avaient eu des douleurs abdominales, de l'anxiété etc. Mais les deux individus qui avaient abattu les animaux éprouvèrent un affaissement extraordinaire avec étourdissement et faiblesse extrême.

On procéda à l'autopsie des animaux, et on trouva que tous avaient la rate gangrénée et réduite à l'état d'une bouillie noirâtre, qui s'écoulait à l'incision des enveloppes. De plus, on trouva sous la peau, principalement dans la région du cou, des kystes remplis d'hydatides. Bravant le malaise qu'il éprouvait, un des hommes qui avaient tué le premier bœuf, voulut aller à pied à un village distant de trois lieues. Le thermomètre était à 24 degrés au-dessus de zéro ; il fit néanmoins les trois lieues, mais lorsqu'il voulut revenir, il fut pris de coliques, de vomissemens ; il tomba, et après quelques heures, lorsqu'on vint le chercher avec une voiture, on le trouva en proie aux plus vives douleurs et rendant par l'anus du sang noir. Les extrémités étaient froides ; bientôt il y eut des crampes dans les membres ; tout le corps devint glacé ; les yeux s'excavèrent, et le malade mourut en vomissant et rendant par les selles du sang noirâtre, en proie à une horrible anxiété. Une veuve de 30 ans qui avait mangé beaucoup de viande malsaine mourut aussi avec une pustule maligne à la partie supérieure de la cuisse. D'autres personnes qui en avaient fait usage présentèrent des pustules sur différens points du corps, et éprouvèrent de l'anxiété précordiale, de la faiblesse sans tension du ventre. Un homme avait un anthrax malin de la grosseur d'une pièce de cinq francs à la cuisse ; il éprouvait dans tout le membre un sentiment de stupeur sans douleur. Tous ces malades étant extrêmement pauvres ; il fallut se borner à des moyens peu coûteux, on prescrivit l'infusion de roseau aiguisée de vinaigre, le séjour au lit, l'abstinence de tout aliment. Quant aux pustules, elles furent profondément incisées et cautérisées avec la potasse, puis pansées avec de la poudre

de quinquina et le baume d'Arcœus. La séparation du sphacèle eut lieu au bout de quatorze jours, et la guérison ne se fit pas attendre.

Le 6 août, j'appris qu'il y avait deux nouveaux malades à Saint-Striésa. C'étaient deux femmes, l'une âgée de 26 ans, l'autre de 50; j'en fus étonné, car depuis huit jours aucun animal n'avait été affecté de gangrène de la rate, et les deux malades n'avaient point mangé de viande malsaine.

Cependant toutes les deux présentaient des pustules bien caractérisées et tous les symptômes généraux qui existaient chez les autres. L'une assura qu'une mouche l'avait piquée précisément au point de l'avant-bras où existaient la pustule, et qu'à la suite de cette piqûre elle avait vu paraître un petit bouton; en examinant le grenier sombre où la malade était couchée, j'aperçus bientôt une peau de bœuf pendue le long de la muraille; des informations précises m'apprirent que cette peau avait appartenu à un animal malade; cette découverte ôtait tout le doute, et quoique cette domestique n'eût point touché cette peau, on conçoit très-bien que des mouches attirées par l'odeur aient transporté le virus sur la peau. Ces malades furent traitées par l'incision et la cautérisation des pustules, la décoction de quinquina à l'intérieur, et elles guérirent comme les autres, au bout d'un temps qui fut en rapport avec leur force respective.

(*Journal de Huffeland*, octobre 1834).

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS

CAHIER DE JANVIER 1835. (SUITE.)

La Phrénologie et Napoléon ; par M. DAVID RICHARD. (SUITE du cahier précédent.)

Nous avons dit plus haut que l'homme est modifié par des influences très-nombreuses, et sommis à des conditions qui ne le sont pas moins. Toutes ne sont pas connues au même degré ; mais il en est cependant quelques-unes que l'observation a constatées et qu'un phrénologiste ne saurait jamais négliger impunément : ce sont celles de l'éducation, des tempéramens, de la taille et de l'âge. Notre commentateur n'a garde de s'en inquiéter.

Les têtes sont comme les montres. Une montre de quinze francs peut avoir même volume et mêmes rouages qu'une montre de Bréguet et néanmoins lui être bien inférieure en exactitude, en précision. L'éducation fait sur les cerveaux, ce que la main d'un habile horloger fait sur les montres. Napoléon, né dans une famille distinguée de Corse, y fut élevé avec soin. On sait quelle instruction forte il reçut ensuite, soit à Brienne, soit à Paris. Mais ce qui dut surtout l'émouvoir, l'inspirer, ce fut cette éducation sociale que donnait au monde le mouvement politique qui agita si profondément la France avant et après 89. A cette époque si féconde en événemens, chaque événement devait être une leçon pour un caractère aussi impressionnable et aussi tenace que le jeune Corse.

De tous les tempéramens, celui qui donne aux organes cérébraux le plus de mobilité, d'activité, c'est sans contredit le nerveux. Celui qui les doue au plus haut degré de la puissance de retenir les impressions et de lier étroitement entre eux les divers momens de l'existence, c'est le tempérament bilieux. Quand ils existent ensemble prédominans, le dernier devient pour l'autre comme l'utile alliage qui, privant les métaux de leur trop de malléabilité, les rend propres à garder longtemps les empreintes qu'on leur confie. Ce n'est point ici le lieu de rechercher jusqu'à quel point le tempérament d'un homme, ou la prédominance d'un de ses systèmes organiques, lymphatique, sanguin, bilieux on nerveux, peut être changé par le climat, l'âge, l'alimentation, ou d'autres modificateurs. Ce qu'il nous importe de faire remarquer, c'est que, dans les mêmes circonstances, deux personnes ayant leurs cerveaux absolument de même volume et présentant dans tous leurs organes le même développement, pourront offrir, si elles ont, l'une un tempérament lymphatique, l'autre un tempérament nerveux, une activité fonctionnelle très-différente et en apparence très-opposée.

Avec le tempérament nerveux, l'une est très-impressionnable, très-active ; les communications mutuelles entre son monde extérieure et son monde intérieur ont lieu avec une inconcevable promptitude ; le cerveau est mille fois plus mobile que la plus délicate des harpes éoliennes que le moindre soufle fait vibrer. L'être paraît se sentir tout entier partout. Que les choses sont différentes avec un tempérament lymphatique ! apathie, paresse, voilà ce qui domine ; les objets du dehors ne font impression sur le moi qu'avec peine, lenteur à son tour, le moi trouve l'organisation rebelle à ses impulsions ; il veut et ne peut pas. En vain le cerveau est-il bien développé dans une telle nature, elle n'éprouve rien fortement, ni plaisir, ni douleur ; elle n'a rien d'actif, ni l'intelligence, ni les affections. C'est comme une masse de granit que le vent bat sans la remuer.

Il est reconnu que le tempérament de Napoléon, dans sa jeunesse et sa maturité, fut un mélange du nerveux et du bilieux, c'est-à-dire que ce grand homme jouit de la combinaison la plus favorable, et à l'activité des fonctions, et à la persistance de leur action, et à la reproduction rapide et fidèle des impressions reçues. De là cette promptitude et cette fixité dans les résolutions ; de là cette tendance au mouvement, qui rendait Napoléon présent partout. On peut dire qu'il imprima son naturel à la France, et que, sous son règne, elle se mut plus qu'elle n'avait jamais fait. En peu d'années elle vécut, comme lui, des siècles de gloire et de malheur. Sur la fin de sa carrière, l'empereur perdant en partie cette impressionabilité tenace, prit de l'embonpoint et devint quelque peu lymphatique. Il fallait un monde à gouverner pour conserver dans toute sa merveilleuse sensibilité cette organisation méridionale dont le meilleur régime sanitaire fut toujours l'activité, le mouvement.

Certain jour Napoléon voulant consulter un livre de sa bibliothèque leva la main pour le prendre. Un courtisan se précipita et dit : laissez-moi faire, Sire, je suis plus grand que vous. L'empereur répondit avec un sourire : dites plus long. On ne sait pas si le courtisan fut satisfait. Quoi qu'il en soit de ce jeu de mot un peu

vantard dans la bouche de l'empereur, nous ferons remarquer que les peuples, en appliquant le nom de grand, ont toujours été beaucoup plus poussés par la considération de l'énergie vitale, de la force intellectuelle, que par celle de l'étendue matérielle. Sur ce point, et sur beaucoup d'autres, les nations ont été sagement spiritualistes. Comme Alexandre, comme Voltaire, Comme Rousseau, comme La Mennais, Napoléon fut grand d'esprit et petit de corps. On en plaisantera si l'on veut; mais nous soutenons que, toutes choses d'ailleurs égales, une taille peu élevée est une circonstance très-favorable. Les centres circulatoires et nerveux se trouvent plus près des extrémités; les impressions du dehors au moi et celles des volontés du moi aux organes de la périphérie du corps, ont à parcourir une moindre distance et sont transmises avec plus de promptitude, de vivacité. Qui ne voit ce que cette circonstance, très-efficiente dans les hommes ordinaires, dut ajouter de concentration chez l'empereur, aux influences déjà propices de son tempérament à la fois mobile et stable? Qui ne voit combien son organisation cérébrale dut en emprunter d'énergie relative et de réelle puissance?

C'est bien inutilement que la physiologie et la philosophie ont étudié les variations que l'organisation, le caractère et l'intelligence subissent aux diverses périodes de la vie; en vain ont-elles reconnu qu'il se fait en nous, jusqu'à près de trente-cinq ans, un développement général qui se spécialise ensuite jusqu'à quarante-cinq ans, et qu'après cette époque, on voit se changer en un décroissement spécial, puis général; notre critique n'en veut pas moins expliquer l'homme de vingt ans par l'organisation de cinquante-deux ans; comme si les passions de la vieillesse étaient les mêmes que celles de la jeunesse, et comme si leurs intelligences se préoccupaient des mêmes objets, avaient les mêmes plaisirs. Oui, il y a dans la vie de chaque homme des phases diverses d'activité, non laissées au hasard, ni au caprice, mais déterminées par la nature. C'est là ce qui explique les points de vue tout divers sous lesquels on peut considérer les mêmes objets. Chacun de ces points de vue est vrai en soi, et essentiellement providentiel. Ce qu'on nomme les illusions de la jeunesse n'est que l'apercéption d'une meilleure coordination des choses, vers laquelle nous sommes attirés, entraînés. La vieillesse est, dit-on, l'âge des désenchantemens. Le monde, cependant, et la nature ont toujours même aspect, mêmes lois, et, s'ils ont changé, ce n'est qu'en mieux. Et pourquoi donc le vieillard voit-il les choses d'un œil si différent? C'est que c'est lui qui a changé, c'est que sa fin approche: qu'a-t-il besoin alors de tant s'intéresser à une vie qu'il va quitter pour une meilleure? L'action, le mouvement, besoins pour les jeunes, déplaisent aux vieux; la réflexion approfondie, qui charme ceux-ci, impatiente ceux-là. A tous ces changemens fonctionnels, correspondent des changemens organiques visible, et il est contre toute science de supposer l'organisation invariable au milieu du courant de toutes ces variations. En traitant plus loin la question qui a rapport à l'art, nous développerons encore davantage ce que nous disons sur l'influence de l'âge.

Nous avons démontré, ce nous semble, qu'un jugement phrénologique n'est pas chose facile et qui s'improvise; que le commentateur du masque de Napoléon ignore le vrai champ de la science qu'il critique, qu'il n'en sait ni les principes généraux, ni les principes particuliers, ni les procédés pratiques; qu'il a tout-à-fait omis une foule de conditions importantes, indispensables; et que, dans la querelle mesquine qu'il a provoquée, uniquement peut-être pour complaire aux préjugés d'autrui, il a oublié, violé les lois de la science de la vie. Par toutes ces considérations, nous ne craignons pas de le déclarer incompétent en matière de phrénologie, et de signaler comme entièrement fausse sa quatrième conclusion, conçue en ces termes:

« Le crâne de Napoléon, étudié et commenté d'après les règles phrénologiques, ne confirme point le système organologique de Gall, et le refute au contraire complétement. »

A cette sentence, selon nous arbitraire, fausse, nous devons substituer celle que nous croyons fondée, vraie, et, reproduisant la proposition que nous avons émise en commençant cet examen, nous disons comme un juré consciencieux au tribunal de la science:

Oui, la tête de Napoléon, étudiée et commentée d'après les véritables règles de la phrénologie, et avec tous les documens qui nous restent, confirme pleinement cette science et présente toutes les conditions organiques nécessaires à la manifestation des facultés que le monde reconnaît à ce grand homme.

Bien que le masque de l'empereur, moulé après décès et dans la période du dépérissement, ne le représente point tel qu'il fut dans la vigueur de sa vie et de son activité; bien que cette pièce soit incomplète et manque de la portion postérieure de la tête qui renferme les organes des instincts et des sentimens les plus actifs dans Napoléon; bien que l'oreille, centre auquel on doit rapporter les appréciations phrénologiques des organes spéciaux, paraisse avoir été ajoutée après coup, et mal placée; bien que, pour toutes ces raisons, il n'y ait rien à tirer d'absolu de ce fragment si précieux d'ailleurs et si beau; toutefois, pour satisfaire les personnes qui possèdent ce masque, nous essayons, dans le tableau ci-joint, de déterminer approximativement la grandeur relative des organes qui s'y trouvent. Nous y joignons, *en caractères italiques*, l'appréciation approximative aussi de ceux qui manquent, en nous guidant par l'examen de plusieurs bustes de Napoléon. Tous ces organes, nous les rapportons à quatre degrés, suivant la méthode du docteur Spurzheim. Pourvu qu'on n'oublie point l'influence du tempérament, de la taille, de l'âge, de l'éducation, des circonstances et des maladies, il nous semble que les diverses combinaisons d'action des organes, que nous estimons avec la seule préoccupation du vrai, doivent rendre compte de tout ce qu'il y a d'essentiel dans ce que le monde a reconnu, admiré ou blâmé dans l'empereur (1).

---

(1) On peut se procurer au *Cabinet de Phrénologie*, rue de l'École de Médecine, n° 4, des copies du masque de Napoléon, divisées d'après ce tableau approximatif. On y trouvera également une collection très-riche de bustes, crânes et cerveaux moulés avec le plus grand soin; enfin, tous les matériaux nécessaire à l'étude de la science fondée par Gall et perfectionnée par Spurzheim.

Analyse phrénologique de la tête de Napoléon.

FACULTÉS AFFECTIVES.	ORGANES — TRÈS-GRANDS	GRANDS.	MOYENS.	PETITS.
I. GENRE.	destructivité.	acquisivité.	constructivité.	amour de la vie ?
	sécrétivité.	*philogéniture.*		alimentivité.
II. PENCHANS.	*combativité.*	*habilativité ou concentravité.*		
	affectionnivité.	*amativité.*		
II. GENRE.	Partie ant. de circonspection.	merveillosité.	gaîté.	
	id. d'espérance.	idéalité.	imitation.	
12. SENTIMENS.	*fermeté.*	vénération.		
	estime de soi.	bienveillance.		
	partie post. de circonspection.	*approbativité.*		
	id. d'espérance.	*conscienciosité.*		
FACULTÉS INTELLECTUELLES.				
I. GENRE.	individualité.	localité.	calcul.	ton.
	configuration.	pesanteur ou résistance.	langage.	coloris.
12 PERCEPTIVES.	étendue.	ordre.		
	éventualité.	temps.		
II. GENRE.	comparaison.			
2 RÉFLECTIVES.	causalité.			

III. Outre la quatrième conclusion de la *Gazette Médicale*, nous avons aussi nié la seconde, que voici :

« Le moule de M. Antommarchi étant la seule image » authentique de Napoléon, toutes les déterminations » phrénologiques faites précédemment sont nulles. »

Cette assertion, qui intéresse spécialement l'histoire de l'art, soulève des questions délicates sur lesquelles nous devons entrer dans quelques détails.

Les déterminations phrénologiques dont parle le commentateur ont pu être établies, ou d'après l'empereur lui-même, ou d'après les portraits, bustes ou médailles faits de lui durant sa vie. M. Antommarchi a bien eu souvent l'opportunité d'examiner Napoléon ; mais, nous l'avons dit, il n'est rien moins que phrénologiste, et le jugement qu'il a publié est nul, non avenu. En est-il ainsi des documens fournis par les images de l'empereur ? Nous ne le pensons point. La *Gazette médicale* leur reproche à toutes d'être fausses, sans valeur, parce qu'elles sont idéalisées. Elle englobe même dans son excommunication tous les bustes et toutes les statues antiques, et prétend que l'art ancien était plus menteur encore que l'art moderne. On le voit, ce dont il s'agit ici, ce n'est rien moins que de chercher jusqu'à quel point l'on doit accepter ou refuser comme monumens d'histoire naturelle et de physiologie les statues, les bustes et les médailles dont l'art a doté le monde aux diverses époques historiques.

Et d'abord qu'est-ce que l'art ? On peut le définir : la reproduction, par de certains procédés, formes couleurs, mouvemens, langage ou sons, des objets qui impressionnant notre intelligence, éveillent nos sentimens. En moins de termes, c'est l'expression vraie d'impressions senties.

L'homme a l'intelligence et les affections calculées pour l'art. Nous sommes tous artistes par quelque point : ou par notre amour pour les choses belles, ou par notre haine pour les choses laides, ou par notre puissance à reproduire les unes, ou par notre tendance à transformer les autres. Les facultés de connaître et de sentir le vrai, le bon, le beau, sont en nous dès la naissance ; mais confuses, obscures, elles sommeillent tant qu'elles ne rencontrent point ce qui leur correspond dans la nature. C'est à propos du monde extérieur que les propensions et les aptitudes du monde intérieur s'éveillent. En présence de son objet déterminé, chacune de nos facultés devient active et se manifeste selon des lois préétablies, les mêmes pour tous. Sans avoir rien appris, les enfans ne deviennent-ils pas en effet d'admirables observateurs ? Le trésor de sentimens, de connaissance qu'ils amassent durant leurs premières années n'est-il pas d'une richesse à confondre l'esprit ? Ils ont si bien dans leur constitution organique tout ce qu'il faut pour réfléchir les êtres extérieurs et réagir sur eux, que c'est presque à leur insu qu'ils deviennent savans, artistes. Par un instinct réel, ils établissent entre certaines conformations et certaines aptitudes un rapport intime, et, en vertu de ce rapport, ils éprouvent, pour des formes données, amour ou haine, estime ou mépris, sympathie ou antipathie. Présentez à un enfant de cinq ans la tête d'un idiot et de celle de l'Apollon, n'en doutez pas, toutes choses d'ailleurs égales, son choix sérieux ne sera pas incertain : percevant l'idéal, il préférera l'Apollon.

Mais qu'est cet idéal dont nous parlons ? L'idéal peut être considéré, soit en nous comme sentiment, soit hors de nous comme manifestation de ce sentiment. Comme

sentiment, il est le fruit d'une faculté innée en chaque homme et qui nous porte à poursuivre en tout ce qu'il y a de mieux, de plus vrai, de plus beau. Cette faculté, Spurzheim l'a désignée sous le nom d'*idéalité*, et l'on pourrait la définir en deux mots : l'instinct de la perfection. Elle est, de la part du créateur, un bienfait de luxe; c'est l'ornement, la fleur de l'existence; c'est elle qui nous fait aimer la grâce, l'élégance, le grand, le sublime; c'est elle qui nous pousse au progrès et nous montre toujours un but nouveau à notre activité, une nouvelle pâture à nos espérances, un intérêt nouveau à ce voyage de la vie que le positif, bien mal nommé sans doute, nous rend à-la-fois si monotone, si décevant, si rebutant. Il est des hommes, et nous en connaissons, pour qui la fortune n'a jamais eu de sourire, et qui paraissent très-malheureux. Mais, comme leur indigence réelle est sans remords, ils peuvent jouir de leur richesse de sentimens : l'idéalité leur rend tout ce que l'avare société leur dénie, et, dans le spectacle de leur vie intime, dans la contemplation de la nature, ils trouvent des joies, des enchantemens, des ravissemens que le commun des heureux du siècle ignore. Les nations et les individus jeunes se distinguent par cette faculté magique qui colore et embellit tout. La jeunesse est comme le péristyle de certains temples : tous les ornemens, toutes les sculptures, tous les attraits s'y rencontrent; l'âge mûr, c'est l'intérieur du temple, toujours beau, mais plus sérieux.

Gall avait nommé l'organe de l'idéalité, *organe de la poésie*. Ce nom, bon dans un sens large, devient mauvais dans le sens étroit qu'il y attachait. Que de gens ont beaucoup d'idéalité qui n'ont jamais fait de poésies! On est idéal en prose comme en vers, dans les sentimens comme dans la pensée; on l'est dans les instincts qui nous tyrannisent le plus, l'alimentivité, l'amativité; on l'est dans l'action de toutes nos facultés perceptives, en peinture dans le coloris, en sculpture dans la configuration, en musique dans le temps et la mélodie; l'idéalité règne en souveraine sur tout ce que les hommes ont jamais fait de grand et de beau. Ce n'est pas ici le lieu de développer ce sujet, d'ailleurs si intéressant : ce que, pour notre but, nous voulons retenir, c'est que le sentiment de l'idéal n'est pas dans l'homme une création artificielle, mais une faculté innée, nécessaire, qu'il faut contenter et non combattre, cultiver et non flétrir.

L'idéalité, comme toutes les facultés humaines, a ses lois particulières qu'on retrouve empreintes dans chaque produit des arts. Les métiers visent à l'utile, les arts au beau : la perfection des uns et des autres sera de confondre leurs tendances, de telle sorte que toute œuvre d'art ait son utilité physique, morale ou intellectuelle, et que tout métier soit embelli, ennobli, idéalisé. La théorie que naguère on a prônée comme admirable, la théorie de l'art pour l'art nous paraît physiologiquement absurde, anti-sociale. Si, dans certains actes, certaines facultés prédominent chez l'homme, il n'en est pas moins lui-même tout entier à chaque instant de sa vie. Peut-il séparer ses sentimens de son intelligence, de ses penchans animaux? Peut-il être aujourd'hui purement sculpteur, peintre, poète, sans moralité ni réflexion; demain moraliste sans poésie ni pensée; un autre jour penseur sans perceptions ni sentimens? Non, l'homme est toujours tout entier dans ses œuvres, et c'est tronquer sa vie, bien assez limitée déjà, que d'isoler ainsi les actes spéciaux de ses facultés. Buffon a dit : le style est l'homme même. Tous les arts, comme celui d'écrire, ont leur style, et le mot du profond naturaliste peut s'appliquer à chacun. Ce n'est pas en baffouant les arts dans ce qu'ils ont d'utile, de social, de révélateur de nos tendances vers l'infini, ce n'est pas en rapetissant leur domaine qu'on les fera estimer, chérir : c'est en montrant partout leur magique influence, c'est en cultivant partout dans les mœurs, le langage et les coutumes des diverses professions, ce sentiment d'idéal que nous tenons tous du ciel et qui nous mène au vrai, au bien, par les voies du beau. On a nommé Dieu le souverain géomètre. La louange nous semble froide : il eût été mieux de l'appeler artiste souverain; car la géométrie est dans l'art, et l'art n'est point dans la géométrie. Que nos artistes soient comme le créateur : qu'ils se mêlent à toutes choses, et ne dédaignent pas de tendre une main amie à l'artisan; ils y gagneront plus d'influence, plus d'utilité, plus de vraie gloire; et lui, grandissant à ses propres yeux, trouvera peut-être que sa vie, auparavant si monotone, si terne, s'est colorée, embellie.

Si l'idéalité est une des facultés innées de l'homme, si elle a sa condition nécessaire dans notre organisation, si elle se manifeste dans les arts de la forme, du coloris, des tons, aussi bien que dans les arts du langage, tous les monumens que l'art a enfantés acquièrent une valeur physiologique en révélant les lois de cette idéalité et les phases de l'organisation qui leur correspondent. Sous ce point de vue général, les images et les bustes antiques et modernes offrent déjà, pour l'anthropologie ou étude de l'homme, un incontestable intérêt.

Voyons maintenant si cet intérêt ne se rencontrerait point aussi dans les spécialités, les détails des arts. Le sujet est infiniment vaste : c'est pourquoi nous nous limitons à la sculpture et à la peinture, qui ont un rapport direct avec ce que nous recherchons, c'est-à-dire, la valeur relative des images et bustes de Napoléon durant sa vie.

Après examen, il nous paraît que ces deux arts étudiés chez leurs plus nobles représentans, révèlent, par leurs détails comme par leur ensemble, des tendances fixes de l'esprit humain, des lois naturelles de l'idéalité. Ses manifestations ont été variées sans doute; mais le sentiment n'a jamais changé en soi. L'intelligence plus ou moins développée a plus ou moins favorisé l'accord de l'idéalité avec le vrai et le bon, élémens indispensables du beau; mais toujours l'instinct de l'homme vers la perfection s'est manifesté de la même manière pour un même ordre de qualités, pour un même ordre d'impression : toujours, chez les Caraïbes comme chez les Grecs, les Egyptiens, les Romains, on a voulu aug-

menter ce qu'on trouvait beau, diminuer ce qu'on trouvait laid. L'espèce de beau qu'on admire, l'espèce de laid qu'on repousse, peuvent même servir de mesure intellectuelle et morale des sociétés, à travers les siècles. Et cela ne pourrait point être, si les facultés innées de l'homme, et l'idéalité en particulier, n'avaient pas, pour s'exercer, des lois fixes et préétablies.

Pour nous borner ici aux Romains et aux Grecs, nos devanciers et nos maîtres, nous voyons qu'en idéalisant les dieux et les héros, ils n'ont point cédé au sentiment vague d'un rapport entre la grandeur des organes et la puissance des facultés, et qu'ils n'ont point grossi au hasard, sans choix, les diverses parties de leurs bustes. Non, ces artistes furent des observateurs trop scrupuleux, trop habiles, pour faire ainsi de l'idéal à bâtons rompus; et rien n'est plus admirable que leur talent, leur exactitude à spécialiser ce qu'ils diminuent et ce qu'ils agrandissent. Leurs types diffèrent tous essentiellement : Vulcain ne ressemble point à Apollon; ni Mercure à Jupiter; ni Vénus à Minerve; ni Homère à Hercule. Ces types, fruits d'observations philosophiquement généralisées, sont tellement dans leur idéal calqués sur la réalité belle; ils s'empreignent tellement des variétés d'organisation dont la nature accompagne les variétés d'aptitudes et de caractères, qu'ils semblent avoir été créés sous l'inspiration des découvertes phrénologiques de nos jours. Gall et Spurzheim eussent donné leur programme organique de chacune de ces représentations idéales des dieux et des héros, qu'elles n'auraient pu être plus conformes à leur système.

Cette rare exactitude des images d'élite dans lesquelles les artistes concentraient, en les coordonnant, toutes les formes distinctives d'une même propension, d'un même talent, d'un même caractère, se vérifie davantage encore dans les bustes des hommes illustres. Les traits du visage, les formes cérébrales y sont accentuées, non exagérées; et rien n'est plus scrupuleusement vrai que celles qui nous représentent Socrate, Platon, Démosthènes, Cicéron, Sophocle, Eschyle, Aristide, César, Néron, mille autres. Mais avons-nous connu ces personnages, pour affirmer ainsi la vérité de leurs traits? Non, sans doute : mais l'histoire dit les actes, les principes, le caractère des uns, et les écrits des autres nous traduisent leurs facultés prépondérantes. Or les nuances même des caractères historiques, littéraires, philosophiques, se voient, comme à l'œil, dans la combinaison des organes qui dominent dans leurs bustes. L'idéalité et la merveillosité de Platon, les facultés réflectives et les penchans brutaux de Socrate, la destructivité, la merveillosité et l'idéalité d'Eschyle, l'orgueil et la fermeté de César, la circonspection et l'approbativité de Cicéron, y sont bien nettement représentés. Il faudrait être de l'incrédulité la plus rebelle, pour n'être point étonné, ébranlé par de si nombreuses, si patentes coïncidences. Ainsi, la phrénologie triomphe par les faits mêmes avec lesquels on voulait la battre en brèche; ainsi, après des milliers d'années, elle vient prouver la puissance d'observation, l'étonnante exactitude des sculpteurs anciens; ainsi, elle vient rattacher aux études physiologiques et anatomiques cette théorie de l'idéal qu'on croyait reposer sur les nuages d'une imagination déréglée; ainsi, contre l'opinion de notre adversaire, se trouve établie, d'une part l'importance de consulter, comme preuves phrénologiques, les représentations idéales des dieux et des héros de l'antiquité, et les bustes naturels de ses grands philosophes et de ses grands capitaines; et, d'autre part, la nécessité où sont les artistes de nos jours, de connaître la phrénologie comme moyen d'étudier, avec plus de profondeur, la nature et les imitations qu'on en a faites.

Le commentateur du masque de Napoléon prétend que cette pièce est la seule qu'on puisse et doive consulter pour un jugement phrénologique. La trouvant moins développée, en certains points, que les bustes et portraits de l'empereur, faits durant sa vie, il renie tous ces bustes et portraits comme exagérés, faux, entachés d'idéal. Nous avons vu, chez le baron Gérard, le beau portrait qu'il fit de Bonaparte, à son retour d'Egypte; nous avons vu, d'autre part, un buste du premier consul, sculpté presque à la même époque : ces deux représentations nous semblent avoir reproduit fidèlement la nature. Ce n'est pas qu'elles ressemblent complètement au masque, ce qui serait contre toutes les lois des développemens organiques; mais elles présentent, fortement dessinées, les facultés qui devaient accompagner la force de l'âge chez un homme de la trempe de Napoléon; mais elles offrent, avec un volume relativement faible, certains élémens de l'intelligence, apanage de la maturité. Nous pensons que ces images-là du moins peuvent être consultées avec toute confiance.

Plus tard, à la vérité, de grands artistes comme Gérard lui-même, Lemot, Chaudet, Canova, Bosio, David, ont idéalisé l'empereur : on devait traiter en héros le plus grand capitaine des temps modernes. Mais ici encore recherchons si l'idéalisation de ces images est un motif suffisant pour les exclure, et leur refuser toute valeur physiologique. « Ces images idéalisées, dit » notre commentateur, sont des espèces de personnifi- » cations matérielles du génie, des qualités saillantes, » bonne ou mauvaise de l'homme, telles que se le fi- » gure l'imagination des peuples. L'art s'accomode à » ces exigences du sentiment général, et il ne consulte » guère plus la nature que pour mémoire. » Nous demanderons à notre adversaire par quelle singulière combinaison l'imagination des peuples se figure le génie avec certaines formes plutôt qu'avec d'autres; comment il advient que plusieurs artistes, travaillant chacun isolément à reproduire une même individualité connue de tous, s'accordèrent dans leurs idéalisations générales, malgré la jalousie de leurs principes et la diversité de leur génie; comment enfin leurs œuvres, soumises au suprême tribunal de l'opinion, peuvent satisfaire à-la-fois toute une nation d'intelligences? Ne serait-ce point encore que l'idéal a sa source, sa justification dans la nature humaine? Ne serait-ce point que les artistes, en idéalisant, sont astreints à des règles dé-

terminées, et ne peuvent dépasser certaines bornes; que le peuple en général, et chaque individu en particulier, est physionomiste, phrénologiste sans le savoir? Ne serait-ce point enfin que par l'impulsion réglée de ses facultés on reconnaît instinctivement l'importance de certaines formes pour révéler l'esprit, le génie? S'il en était ainsi, toutes les formes que les bustes de l'empereur présentent très-caractérisées, et les mêmes partout, seraient une révélation de la réalité; ces bustes rentreraient dans la catégorie des images antiques des dieux et des héros; et ils auraient, pour les artistes, les physiologistes, même intérêt, même valeur. Toujours il faudrait y rechercher ce qu'on a jugé devoir agrandir, diminuer, pour satisfaire, en regard du modèle, l'imagination des multitudes. Notre adversaire dit « que la caricature et le beau idéal sont engendrés par le même procédé. » Oui, par le même procédé, mais avec des combinaisons de facultés différentes; oui, mais dans les deux cas, et c'est ici le point capital, en suivant des lois fixes, en s'éclairant d'observations généralisées. Un type idéal, une caricature qui ne serait pas en harmonie avec notre nature organique, et n'aurait pas avec les réalités extérieures un rapport intime, n'éveillerait rien en nous, et nous laisserait indifférens, froids.

Si les observations phrénologiques démontrent que les sculpteurs et les peintres, soit anciens, soit modernes, n'ont accentué, grandi certaines formes particulières que parce que l'observation constatait la prédominance dans la nature, il est un autre ordre de faits qui, lié à ces considérations, et les complétant, donne une nouvelle clé de l'idéal, en tant qu'il est considéré comme cherchant à exprimer, non plus seulement le volume des organes, mais encore leur activité, leur vie. Ces faits se rapportent aux phénomènes et aux lois du langage naturel.

On a publié récemment dans le *Magasin Pittoresque*, ce recueil si dignement populaire et si utile par l'instruction variée qu'il répand, un article de M. Tissot, de l'Académie française, *sur les différentes figures de Napoléon.* Cet écrivain le peint tel qu'il lui est apparu aux époques principales de son étonnante carrière: « La » figure de tous les hommes, dit-il, reçoit des habitu- » des de leur vie, du genre de leur éducation, de la » direction de leur pensée, de l'emploi de leurs fa- » cultés, de la nature de leurs passions, de leur posi- » tion sociale et des diverses fonctions dont ils sont » revêtus, certaines modifications qui la changent pres- » que entièrement, et finissent par y imprimer un type » nouveau sous lequel ils passent à la postérité, quand » la nature les a fais pour vivre dans les âges. Les » grands artistes, les grands capitaines, les plus grands » princes, surtout ceux qui ont passé par toutes les » épreuves de la fortune, justifient constamment cette » observation. Chaque époque de leur destinée met un » cachet particulier sur leur physionomie, qui devient » comme un livre révélateur de leur situation présente. » J'ai trouvé une nouvelle preuve de la vérité de cette » observation dans les différentes métamorphoses exté- » rieures de Napoléon, qui a été pour moi l'objet d'une » attention continuelle, depuis son apparition sur la » scène, jusqu'à son départ pour Sainte-Hélène. »

Rien de plus vrai que l'assertion de M. Tissot, et nous sommes charmés que son coup-d'œil observateur confirme nos idées sur les phases des manifestations humaines. Cependant les faits que donne l'habile académicien, pour être signalés, ne sont pas expliqués. La phrénologie vient encore assister ici le philosophe et l'artiste. Nous n'exerçons pas toujours également toutes nos facultés, et ce n'est pas toujours également que les mêmes organes cérébraux entrent en action. Chaque organe a son langage naturel particulier. La combinaison d'action de plusieurs organes se manifeste par une expression composée de leurs langages spéciaux, coordonnés sous celui de la faculté dont l'activité prédomine. Ainsi, Napoléon livrant bataille exerce d'autres organes que Napoléon signant la paix, ou trônant à Dresde, ou recevant la couronne des mains du Pape, ou donnant à la femme d'un conspirateur la grâce de son mari, ou revenant dans sa capitale après la débâcle de Moscou, ou enfin, mourant de consomption et d'inactivité sur l'étroit écueil de Sainte-Hélène. Aussi sommes-nous convaincu que sa physionomie et toute sa personne ont dû présenter, à ces diverses époques, des aspects tout différens. Dès lors, à ces momens opposés, les sculpteurs et les peintres ont pu et dû le comprendre et s'en inspirer d'une manière différente.

Or il est à remarquer que les artistes qui ont reproduit l'image de l'empereur, exposaient leurs bustes et portraits aux yeux de la France entière; et l'on eût crié au mensonge, sans aucun doute, si ces représentations n'eussent pas été très-rapprochées du vrai. D'ailleurs ce n'était pas un seul artiste qui se mêlait d'idéaliser; ils étaient nombreux et les travaux de chacun devaient servir de contrôle aux autres. Ce qui se trouve également développé dans toutes les images doit être évidemment vrai, parce que cela a dû frapper à la fois toutes les intelligences artistiques. L'époque à laquelle ont été faits les statues ou les portraits d'un grand homme, doit donc être connue pour en juger avec justice, et vérité.

Ce qui précède regarde l'action spéciale de certains organes à un moment donné, pour modifier l'ensemble des traits et des mouvemens liés à ces organes. Outre ce phénomène de dynamique expressive, il en est un autre qui révèle, non seulement la qualité de l'action intellectuelle ou affective, mais son énergie, sa vivacité fonctionnelle, sa quantité. Quand l'homme éprouve un vif sentiment de bonheur, quand son intelligence se monte à de hautes conceptions, quand, par ses facultés d'artiste, il crée des chefs-d'œuvre, il se fait alors en lui un mouvemnt excentrique, une expansion vitale, qui se manifeste quelquefois par un véritable rayonnement. On rayonne de joie, on rayonne de gloire, on rayonne de génie. Ce n'est là souvent qu'une figure poétique, mais souvent aussi c'est une réalité. Chacun peut la vérifier en voyant à l'œuvre de grands musiciens, de grands poètes, des hommes animés d'un ardent amour

pour l'humanité. On dit souvent de ceux qui offrent ce phénomène, qu'ils ont l'air inspiré, illuminé.

D'après ceux qui ont étudié Napoléon dans les circonstances majeures de sa vie, d'après M. Tissot lui-même, il présenta plus d'une fois ce rayonnement. Alors il semblait plus grand que nature, les limites de son être semblaient se reculer; sa grande vie semblait se mêler à toutes les vies qui l'environnaient ; elle les enflammait de son courage, les pénétrait de son calme, leur imposait ses volontés. Ce rayonnement, dont on rira peut-être, a si bien été considéré comme une réalité, qu'il a pris une forme artistique dans les peintures et les sculptures qui nous représentent les législateurs religieux, les prophètes, les saints. Moïse a toujours deux rayons lumineux qui partent des organes de l'idéalité et de la merveillosité ; Jésus est toujours peint la tête couronnée d'un auréole ; et la vie des saints, recueil singulier de faits naturels, que la science anthropologique a trop méprisés et trop peu étudiés, abonde en écrits où les martyrs, dans l'extase de l'abnégation, dans la ferveur de la foi, sont dits s'envelopper d'une atmosphère lumineuse, se transfigurer. Nous ne nions pas ces phénomènes ; car, d'un côté, nous y suivons, comme dans tous les faits naturels, des lois constantes ; et d'un autre, ils ne font que reproduire sous des conditions diverses les phénomènes de ce qu'on a nommé à tort ou à raison le magnétisme animal. Or, dans cette branche des sciences physiologiques, qui n'est, ce nous semble, que la dynamique de l'électricité animale, il n'est pas rare de voir un être magnétisé par un autre se revêtir comme d'un subtil réseau de lumière. Ce phénomène, nous l'avons plus d'une fois observé, vérifié avec scrupule, et ce spectacle nous a mis sur la voie de tout un ordre de faits qui, dans l'histoire de la politique et de l'art, n'a pas encore été ramené aux lois naturelles. Oui, nous le disons sans crainte, parce qu'un long examen nous le démontre, ce qu'on nomme magnétisme animal est un auxiliaire indispensable de la phrénologie. L'une donnant les organes spéciaux des facultés, l'autre donnera les lois de l'agent virtuel qui met ces organes en action. Les instincts, les sentimens, l'intelligence, n'en demeureront pas moins des mystères impénétrables : car, avoir une force et un levier, ce n'est pas avoir la direction imprimée à ce levier, à cette force.

Lorsqu'on fait profession publique de croire à la phrénologie, il peut paraître étrange qu'on vienne s'avouer aussi partisan du magnétisme animal. Les faits de l'une semblent détruire les faits de l'autre. La phrénologie tend en effet à localiser toutes nos facultés dans des organes spéciaux; le magnétisme au contraire semble tendre à les universaliser toutes. Gall disait : si le magnétisme animal est vrai, mon système est faux ; je crois à mon système, donc je ne puis croire au magnétisme animal. Nous n'adoptons point le syllogisme du philosophe allemand ; car, ce qu'il faut d'abord savoir, ce n'est pas si l'accord de ces tendances contraires est difficile, impossible ; mais si les deux ordres de faits qui les appuient ont été bien obervés, bien constatés. Or, pour nous, et nous tenons autant que personne à ne passer ni pour niais, ni pour dupe, ces deux ordres de faits ne sont plus douteux, et nous dirons même que nous entrevoyons leur conciliation et l'importance relative qu'il faudra donner à chacun. Beaucoup de nos savans ont hérité du dernier siècle la manie du doute et de l'incrédulité : croyant force ce qui est faiblesse, ils appellent philosophie ce doute et cette incrédulité, et ils s'y reposent comme sur un moëleux oreiller. Lorsqu'on nie sans vouloir observer, c'est apparemment qu'on possède la science des sciences, la science absolue. Quant à nous, qui ne comprenons qu'en Dieu cet absolu qui embrasse tout, et qui ne voyons pas notre science humaine si complète, si merveilleuse qu'on veut bien se la faire, nous cherchons humblement et avec ardeur toutes les semences de vérité, préférant ainsi à l'incrédulité qui doute, ricane et s'endort, la foi scientifique qui doute aussi, mais s'évertue et s'éclaire.

Les phénomènes du magnétisme animal, sagement interprêtés et rattachés aux lois générales de la nature, nous montrent par quelles voies organiques certains hommes ont pu exercer une grande influence propice ou funeste sur d'autres hommes, comment ils ont pu leur faire vouloir ce qu'ils voulaient, les électriser, les entraîner, les fasciner. Constater la réalité de cette action, c'est engager les savans sincères et modestes à l'étudier dans toutes ses manifestations ; c'est les porter à en chercher les limites, les correctifs ; c'est travailler enfin au profit de la plus grande puissance et de la plus grande indépendance de l'homme. Mais ne nous étendons pas davantage sur ces considérations, elles nous mèneraient trop loin. Revenons au simple phénomène du rayonnement.

Ce phénomène impose aux artistes la nécessité d'idéaliser les formes, lorsqu'ils veulent représenter la vie avec toute son activité, toute sa splendeur. Si en effet les organes cérébraux d'un grand homme semblent se dilater quand ils s'exercent énergiquement, si l'être tout entier paraît surmonter sa limite, qui est sa forme, il en résulte que le sculpteur ou le peintre qui aspire au vrai, doit s'efforcer d'exprimer cette apparence particulière. Le premier s'adresse aux formes réelles qu'il accentue, grandit ; le second verse de plus une vive lumière sur les points caractéristiques de son modèle. Une certaine idéalisation est donc un élément indispensable de la vérité artistique, et son rôle utile consiste à rendre sensible l'énergie spéciale de certains organes à un moment donné.

Et, pour en revenir à Napoléon, ne nous étonnons point que les peintres et les sculpteurs aient idéalisé sa tête ; demandons seulement à l'art s'il a grandi, éclairé, *auréolé* ce qui, à chaque époque du grand Capitaine, du Charlemagne moderne, brilla d'un plus vif éclat.

Que si le masque qui nous reste paraît rappeler incomplètement une si grande volonté, une si active intelligence, c'est que ce n'est là qu'un débris, et un débris usé ; c'est que la vie avait fui quand on a pris cette empreinte ; c'est que l'empereur avait succombé à une maladie douloureuse ; c'est qu'il était dans la période

du dépérissement organique; c'est que le puissant monarque, celui pour qui le monde semblait trop mesquin, avait dû, par une catastrophe inouie, se mûrer comme Ugolin dans une étroite prison, et, durant six mortelles années, se consumer pièce à pièce, comme un lion de Nubie dans une cage de fer. Qui ne sent ce que six ans d'infortunes terminées à la mort, peuvent faire subir de changemens à une organisation humaine? Nous ne sommes pas plus immuables dans nos formes corporelles que dans nos habitudes intellectuelles et morales: c'est là même notre grandeur, c'est là ce qui rattache notre vie au passé, à l'avenir; c'est là ce qui nous rend susceptibles de progrès, comme aussi, hélas! de rétrogradation.

L'exercice de certaines facultés développe leurs organes, condition nécessaire de leur action. Le repos continu de ces facultés est bientôt suivi de l'atropie de leurs organes. Au fond, c'est là un vrai procédé de nutrition, sous l'influence de notre volonté et des circonstances. Parler de nutrition, ce n'est pas rapetisser les phénomènes : la nutrition, pour qui veut y songer, est une des opérations naturelles les plus mystérieuses, les plus inexplicables. Enchaînement de merveilles, c'est en nous un mouvement continu de conservation et de progrès, qui donne à l'intelligence la lumière, la chaleur à nos sentimens, la force à tout notre être; c'est une vraie création. Pour nous, la nutrition et un ordre de faits si relevés, que nous définirions volontiers l'éducation, l'art de diriger convenablement la nutrition.

Le masque de Napoléon, conservé par le docteur Antommarchi, est empreint d'une beauté calme et triste qui attendrit et fait penser. Nous concevons sans peine l'admiration du célèbre Lawrence, lorsque, voulant peindre l'empereur après sa mort, il demeura plus de deux heures à contempler cette image dont il ne pouvait s'arracher. Quand on veut se rendre compte de la mélancolie qu'elle inspire, on reconnaît que cette impression ne tient pas seulement à quelques traits. Ce qui émeut, ce sont bien ces lèvres contractées, ce nez si délicat, si douloureux; mais c'est bien plus encore ce front qui porte la marque d'un martyre de méditation, d'une pensée qui récapitule sa vie et qui semble scruter les causes cachées de revers désormais irréparables. Comparé à un buste sculpté après le retour d'Egyte et qui semble avoir reproduit la nature telle qu'elle, ce masque offre de notables différences. Les facultés perceptives, celles qui reconnaissent l'existence des objets extérieurs et analysent leurs qualités, y sont moins développées que dans le buste. Il en est de même de la partie supérieure et latérale de la tête, où résident l'idéalité et la merveillosité, ces facultés qui dominent chez les peuples et chez les individus en plénitude de force et de vie. Dans le masque il y a quelque chose d'intérieur, de concentré : tout semble avoir pris son cours vers les facultés réflectives, la comparaison et la causalité, qui offrent un grand développement. Cette intelligence qui résume son passé, qui recherche en face de l'éternité le ver destructeur qui a flétri ses gloires et les a métamorphosées en un exil n'aura de fin que la mort, tout cela se peint dans ce front si beau, si pur, si douloureusement calme.

D'après le principe émis plus haut, sur les changemens qu'impriment à l'organisation de nouvelles habitudes long-temps continuées; d'après les lumières que la phrénologie et le magnétisme animal répandent sur les lois de l'idéal; nous concluons que le masque de Napoléon, tel qu'il a été pris sur l'empereur, mort à cinquante-deux ans, dans l'amertume de la captivité et le dépérissement d'une maladie douloureuse, n'infirme en rien la vérité relative des bustes et portraits qu'on a pu faire de lui quand il était dans la vigueur de l'âge, au comble de sa puissance, dans toute l'activité de ses tendances perceptives, et dans l'enchantement de ses conceptions et de ses espérances.

La contemplation d'une grande infortune fait trouver bien mesquines les disputes humaines. Il nous semble maintenant avoir donné trop d'importance aux attaques que nous avons repoussées. Mais les détails de la vérité sont nécessaires pour qu'on puisse saisir la vérité tout entière, et chacun se doit à ce qu'il croit savoir de vrai. Il est pénible sans doute de se détourner de la route sérieuse qu'on suit pour repousser les aggressions de la légèreté ou de la malveillance; mais enfin il faut s'y résoudre. Puissent du moins nos efforts porter quelques fruits pour les hommes sincères et consciencieux!

DAVIN RICHARD.

POST-SCRIPTUM.

Ce travail était terminé quand nous avons lu, dans la livraison d'octobre de la *Revue du Progrès social*, une *Discussion sur le crâne de Napoléon*, signée *Fuster, D.-M., professeur-agrégé.*

M. Fuster signale, dans le docteur Peïsse, l'auteur du commentaire que nous avons réfuté; il déclare s'en référer à lui comme ayant épuisé l'analyse phrénologique du masque de l'empereur, et avec lui il admet que ce masque dément complétement la phrénologie. On le voit, le professeur-agrégé n'est pas difficile en matière de preuves. Le vrai motif de cette abnégation scientifique, c'est l'office malencontreux que M. Fuster, praticien d'ailleurs de mérite, s'est imposé de juger ce qu'il ne sait pas. Voyons, Monsieur le docteur, lui aura-t-on dit, vous qui êtes professeur-agrégé, racontez-nous quelque chose sur le masque de Napoléon : le sujet captive le public, et un petit article ferait du bien à la *Revue du Progrès social.* Alors le médecin de Montpellier, visant au plus court, et adoptant, faute de mieux, les conclusions de M. Peïsse, se sera mis à l'œuvre sans autre examen, et, pour obtenir quelques instans le relief d'un scandale usé, il aura failli à son talent et à sa conscience accoutumée. S'il en était ainsi, et trop de raisons nous le font craindre, il y aurait dans cette exploitation de la science beaucoup de mépris de l'homme, bien peu de dignité.

Touchant le masque proprement dit, M. Fuster résume les assertions de la *Gazette médicale*, et n'y ajoute que peu de considérations sans nulle valeur. Nous renvoyons donc, sur ce point, à l'article ci-dessus.

La *discussion sur le crâne de Napoléon* ment à son titre; car il y est à peine fait mention de ce crâne. C'est une diatribe aveugle contre la phrénologie même; c'est un rabâchage d'objections mille fois réfutées. Quiconque a ouvert le moindre livre phrénologique en sait plus qu'il ne faut pour réduire M. Fuster à se taire. Ce qu'il dit du matérialisme, lui médecin, lui professeur, nous semble si étroit, que nous en sommes confondu. Encore une fois, qu'on accepte ou rejette quelques organes de plus ou de moins, le mystère de la vie n'en demeure pas moins impénétrable; et, ni le spiritualisme, ni le matérialisme ne peuvent le dévoiler. Des êtres finis sont; ces êtres ont des facultés; ces facultés, en tant que finies, se manifestent par des organes: voilà tout ce que, dans les êtres créés, nous pourrons jamais constater. Rechercher quelles sont les facultés et les organes des êtres créés, et quelle est l'influence corrélative de ces facultés et de ces organes, tel sera toujours l'unique domaine de la science du fini, qui est la nôtre.

M. Fuster émet dans son article quelques assertions auxquelles nous devons répondre. Pour être brefs, nous le ferons dogmatiquement: mais, si ce médecin le désire, nous développerons volontiers nos propositions dans notre prochain numéro. Voici ce que nous affirmons:

1° Les phrénologistes qui savent leur science admirent dans la tête de Napoléon, telle que nous l'a vendue M. Antommarchi, les traces d'une belle organisation intellectuelle.

2° M. Dumoutier, anatomiste et phrénologiste fort habile, n'a jamais dit que dans le masque, de l'empereur, l'organe de la causalité fût *très-peu prononcé*. Il a toujours dit au contraire qu'il était *très-prononcé*. Tous ceux qui ont entendu sur ce point le laborieux anthropologiste attesteront ce que je suis autorisé à soutenir. L'assertion de M. Dumoutier serait d'ailleurs en phrénologie une telle hérésie qu'elle ne saurait compromettre personne.

3° M. Fuster parle des cas pathologiques qui combattent la phrénologie. Bien interprétés, ces cas ne prouvent absolument rien contre cette science, et ne démontrent que l'ignorance présente de l'homme sur plusieurs lois naturelles.

4° La phrénologie n'a d'autres guides que *l'observation* et *l'induction*. Elle dit ce qu'elle a observé chez l'homme et les animaux supérieurs, et ne prétend point expliquer par quels organes les instincts se manifestent chez les invertébrés: elle ne parle que de ce qu'elle a étudié.

5° Quand M. Fuster reproche aux phrénologistes d'imaginer présentement *que le cerveau est composé primitivement de deux membranes repliées plusieurs fois sur elles-mêmes*, il prouve qu'il ne connaît pas les travaux de Gall et de Spurzheim. Le premier élève en médecine peut se charger de le détromper.

6° Demander pourquoi les phrénologistes n'ont pas attribué des organes spéciaux au *besoin de tousser*, au *besoin d'agir* et à *celui de se reposer*, c'est brouiller toutes les notions physiologiques, et ne rien comprendre à la nature des facultés fondamentales.

7° La phrénologie ne place point *aux régions temporales les inclinations dépravées*; car son premier principe, c'est que toutes nos inclinations sont *bonnes en soi*, et que toutes aussi peuvent se dépraver par l'abus qu'on en fait.

Nous aurions bien d'autres assertions à émettre en opposition à celles de M. Fuster; mais on ne peut pas tout dire d'une fois. Nous nous arrêtons-donc ici, en exprimant notre vif désir qu'une polémique large, laborieuse, surtout, sincère, vienne éclairer le public sur la phrénologie. Cette science est, comme toute science humaine, bien loin d'être parfaite: aussi réclame-t-elle, pour ses principes si féconds en application, les lumières d'une critique consciencieuse. Elle y voit un grand moyen de *progrès* vers la vérité; car avant tout, au-dessus de tout, il faut placer le vrai: et si le vrai seul est beau, aimable, le vrai seul aussi est *social* (1).

---

(1) Les attaques du professeur Fuster, insérées dans le numéro d'octobre de la *Revue du Progrès social*, ont, dans le numéro de novembre, subi le blâme des directeurs mêmes de ce journal. Dans la préface d'un article consacré à des faits curieux du magnétisme animal, ils reconnaissent la phrénologie comme une *individualité* scientifique *qui a eu la puissance de se développer par sa propre force*, et ils déclarent accepter *le principe général* de cette science, *à savoir: le lien des facultés affectives et intellectuelles aux fonctions de l'organe cérébral, et un organe spécial pour chacune des fonctions diverses*.

Nous nous empressons d'ajouter la présente note à notre travail, afin de prendre acte de cet hommage rendu à ce que nous croyons la vérité. Ainsi le public ne pourra plus attribuer qu'au docteur Fuster les assertions erronées dont on avait droit de rendre responsables tous les rédacteurs d'une revue qui dit marcher sous les bannières du progrès et de l'unité.

Tout en admettant le principe général de la phrénologie, les directeurs font une objection particulière sur laquelle nous devons quelques éclaircissemens; car, bien que fautive, elle suppose, selon nous, dans ceux qui la font plus de vraie force analytique que tout ce qu'on a débité sur le masque de Napoléon.

« Le scalpel des phrénologistes, disent-ils, ne nous fera jamais » croire à un organe spécial de la comparaison ou de la causalité, » parce que toutes les facultés intellectuelles reposent sur la com- » paraison et sur la possibilité d'établir le rapport de cause à effet. »

Il faut ici faire une distinction importante. Sans doute chaque faculté perceptive suppose parmi ses modes d'action une espèce de comparaison et de causalité; mais celles-ci sont restreintes à une sphère très-limitée. Dans le calcul, par exemple, elles s'appliquent aux nombres, dans la mélodie aux tons, dans la configuration aux formes. C'est alors une comparaison et une causalité d'un ordre simple. Mais, au-dessus de celles-là, il y a une comparaison et une causalité complexes qui, ne s'appliquant plus seule-

Sur le talent de la musique, discours prononcé dans la séance annuelle de la Société phrénologique de Paris, par M. le Docteur Fossati, Vice-Président.

AVERTISSEMENT.

Je publie ce discours tel que je l'ai prononcé dans la séance annuelle du 22 août 1834; mais comme je dus alors me resserrer dans l'espace de temps très court qui m'avait été donné pour le lire, je me trouve aujourd'hui forcé de renvoyer le lecteur à des notes que je place à la suite, et qui sont le complément de ce discours. J'y explique et développe plusieurs questions qui n'ont pas même été énoncées et qui se lient essentiellement à la matière que j'ai traitée.

Messieurs,

Quelle est cette faculté, autrefois divinisée, qui se révèle chez tous les peuples? Quelle est cette puissance enchanteresse aux accens de laquelle nul ne peut rester insensible? C'est la musique. Dans l'état de nature, c'est une simple faculté; la civilisation en a fait un art. Cet art a suivi les progrès de la civilisation moderne, et il est parvenu à un haut degré de perfection. Le goût pour la musique est généralement répandu; elle est en quelque sorte un besoin de notre époque, un délassement nécessaire à nos esprits agités par des catastrophes politiques sans cesse renaissantes, continuellement en lutte avec les passions les plus vives, et fatigués habituellement par l'exercice trop prolongé et trop actif de nos facultés intellectuelles. Il n'y a pas de doute que la musique ne soit une récréation des plus délicieuses pour les esprits épuisés par le travail (1).

J'ai donc pensé qu'il ne serait pas hors de propos de vous entretenir, comme phrénologiste, du talent de la musique, en vous exposant les moyens de le cultiver et de le perfectionner, en vous faisant connaître les difficultés qui se présentent pour bien réussir dans cet art, les conditions organiques et le concours des circonstances nécessaires pour qu'un élève puisse se distinguer et marcher sur les traces des maîtres. Vous serez alors moins étonnés du peu de compositeurs et d'artistes de mérite parmi un si grand nombre de personnes qui se livrent à l'étude de la musique.

Le talent de la musique reconnaît pour base essentielle, fondamentale, une faculté innée (2), que nous appelons le Sens du rapport des sons. Cette faculté ne peut se manifester, comme toutes les autres dont la nature nous a pourvus, qu'en vertu d'un organe dans le cerveau (3). Cet organe est situé immédiatement au-dessus de l'angle externe de l'œil, et produit, lorsqu'il est très développé, des fronts carrés ou très renflés dans la partie latérale de la tête.

On croit encore généralement que c'est à l'oreille que l'on doit le talent pour la musique. On dit une bonne ou une mauvaise oreille pour indiquer un bon ou un mauvais musicien. L'oreille n'est que l'instrument destiné à recevoir et à transmettre les sons au cerveau; c'est l'organe interne cérébral qui les perçoit, les juge, et qui crée les accords et les mélodies qui constituent la musique. Aussi le talent du musicien n'est jamais en rapport avec la finesse de son ouïe. Le célèbre Beethoven était devenu d'une extrême surdité avant d'atteindre la vieillesse; mais il continuait à écrire sur un petit portefeuille toutes les idées musicales qui se présentaient à son esprit. Lorsqu'il était à son piano, le monde disparaissait à ses yeux; il se croyait seul dans la nature avec son instrument. Cependant les sons qu'il en tirait ne pouvaient parvenir jusqu'à lui, à cause de sa surdité. Aussi, arrivait-il souvent qu'il ne faisait parler aucune note quand il jouait; mais il percevait ce qu'il exécutait par l'organe interne du cerveau. Ses yeux animés et le mouvement presque imperceptible de ses doigts prouvaient seuls alors que son esprit suivait et développait une idée musicale; mais l'instrument restait aussi muet que le musicien était sourd.

Un de mes amis, musicien célèbre, n'entend presque pas d'une oreille habituellement malade, ce qui ne l'empêche pas de composer de la musique délicieuse. — Parmi les oiseaux chanteurs, le mâle et la femelle ont également l'ouïe très-fine; mais il n'y a ordinairement que le mâle qui chante, parce qu'il a seul l'organe des sons très-développé. Si l'ouïe était la cause du talent de la musique, l'on ne pourrait que répéter les mélodies que l'on a déjà entendues; comment y aurait-il alors des compositeurs? d'où viendraient les créations du génie? Ainsi tombent toutes les observations de ces physiologistes qui cherchèrent dans la structure interne de l'oreille ou dans la ténuité des enveloppes du cerveau la condition organique du talent pour la musique. Comme la structure de l'oreille, l'épaisseur du crâne ne signifie rien pour la manifestation de ce talent. — Je vous présente ici le crâne très-épais d'un grand musicien à comparer avec le crâne très-mince d'un grand mécanicien. — Beaucoup d'animaux ont le crâne très-mince, et surtout l'ouïe beaucoup plus fine que l'homme; et ils sont insensibles à la musique.

Il est donc démontré que, pour être musicien, la condition principale est d'avoir l'organe des sons convenablement développé. Il n'y a pas de grands musiciens

---

ment aux phénomènes d'une espèce particulière de qualité, mais aux qualités elles-mêmes et aux combinaisons de qualités entre elles, sont comme des facultés au second degré : c'est une comparaison de comparaisons, une causalité de causalités. L'organisation présente plus d'une de ces pyramides fonctionnelles. Nous ne prétendons point approfondir en ce moment une question aussi grave, que d'ailleurs les faits décident mieux encore que le raisonnement. Tout ce que nous désirons, c'est de faire entrevoir que la phrénologie n'est point en guerre avec la psychologie, toutes les fois que celle-ci est l'expression claire et précise d'observations sagement généralisées.

sans cette condition. Mais suffit-elle pour faire un bon musicien ?

Messieurs, sans l'instruction, l'exercice, le travail, on n'est encore rien. Si l'instruction et l'étude n'étaient pas nécessaires, pourquoi dans les villages et au milieu des montagnes n'y aurait-il pas de grands musiciens, de grands compositeurs ? Certainement la nature n'a pas créé les génies pour la musique seulement dans les grandes villes où nous les voyons paraître, là seulement où il y a des maîtres et des écoles. — Tous ceux qui naissent hors de ces conditions sont perdus pour l'art, malgré l'excellente prédisposition qu'ils auraient apportée en venant au monde. Ils deviendront, tout au plus, les meilleurs chanteurs du village qui les à vus naître.

Non seulement l'instruction et l'exercice sont nécessaires pour la musique ; il faut aussi qu'on en profite à un âge convenable pour que les organes qui doivent être mis en jeu puissent se fortifier et se prêter aux modifications exigées pour atteindre la perfection.

Quel est maintenant le concours que le musicien peut attendre des autres organes de son cerveau pour exceller dans son art ? Lui faut-il autre chose qu'une bonne disposition des organes du cerveau pour parvenir à l'exécution parfaite des différens genres de musique ? Nous allons examiner ces questions. Vous verrez que chaque organisation individuelle peut apporter à la manifestation de cette seule et simple faculté fondamentale, qui est la base du talent de la musique, les modifications les plus remarquables.

Après l'organe du rapport des sons, dont nous avons parlé, l'organe du temps doit être le premier à prêter son appui au musicien : la mesure, le rhythme sont indispensables pour la musique. Il est vrai que l'harmonie, qui n'est qu'un accord de divers sons dont les combinaisons nous donnent des sensations agréables, ne suppose pas un rhythme ; mais la mélodie, qui est une suite, une succession de sons, ne peut se faire sans mesure.

L'on peut donc déjà être musicien, avoir du goût pour la musique et être un très-mauvais exécutant par rapport à la mesure. Les exemples sont nombreux. Je connais une dame, très-adroite à toucher du piano, qui gâte les meilleures compositions en confondant toutes les mesures de la musique qu'elle exécute. L'organe du temps, dont le siége est à côté et en dedans de celui des tons, manque chez elle entièrement, et l'organe de la musique, au contraire, se trouve très-prononcé. Le mérite principal d'un chef d'orchestre est de faire un bon usage de l'organe du temps.

Suivons, à présent, les modifications différentes que nous nous sommes proposé d'examiner, et commençons par distinguer les musiciens en compositeurs et en exécutans, et ceux-ci en chanteurs et en instrumentistes. Prenons d'abord ces derniers.

Indépendamment de l'organe de la musique et du temps, les joueurs d'instrumens ont besoin d'une extrême souplesse dans les muscles soumis à l'empire de la volonté.

Il paraît que c'est à l'organe de la construction ou des arts que l'on doit cette agilité ou adresse musculaire ; mais cela n'est pas encore suffisamment prouvé. Cependant la généralité des instrumentistes habiles ont cet organe très-prononcé (4).

La finesse de l'organe du toucher contribue également, pour sa part, à la perfection du talent de l'instrumentiste. C'est par des nuances extrêmement délicates dans les sensations du toucher que l'artiste saisit les différences les plus imperceptibles dans les vibrations d'une corde ou dans la résistance d'un ressort ; et c'est d'après ces sensations qu'il varie et modifie les sons qu'il tire de son instrument. Mais sensation, volonté, mouvement, s'opèrent en nous avec la rapidité de l'éclair. Qu'elle doit être grande la délicatesse du tact et la précision des mouvemens volontaires dans Tulou, Kalkbrenner, Baillot, Paganini !

Pour tous les artistes qui font de la musique au moyen d'instrumens, il est de toute nécessité qu'ils se tiennent continuellement en exercice. Les muscles et les membres non exercés perdent facilement l'aptitude d'obéir avec précision aux ordres de la volonté.

Ces exercices et ces aptitudes accessoires au talent du musicien produisent en quelque sorte des musiciens artificiels, qui exécutent avec adresse la musique qu'on leur présente, mais qu'ils n'entendent presque pas. Ceux-ci sont en grand nombre, et on nous les cite souvent comme des musiciens qui manquent de l'organe de la musique (5).

Toutes les difficultés de rencontrer des conditions organiques convenables sont plus grandes pour les joueurs d'instrumens à vent. Il leur faut de plus une poitrine bien conformée et des poumons amples et vigoureux. Chez eux les muscles de la poitrine exercent une grande influence. Il est nécessaire que ces muscles, par l'exercice, s'habituent aux plus petites nuances de contraction, parce que l'air poussé avec plus ou moins de force dans l'instrument peut faire varier considérablement les sons. Ainsi, ils auraient beau avoir un grand talent musical, sans cette adresse musculaire ils seraient encore des artistes imparfaits.

La danse, qui s'exécute aussi au moyen de la musique, exige pour condition principale cette extrême souplesse de l'action musculaire. Quant à la faculté musicale, il n'est pas nécessaire qu'elle soit très-grande chez le danseur ; c'est plutôt de l'organe du temps qu'il doit tirer ses moyens de perfection. Cependant, une musique dramatique, composée exprès, contribuera à donner plus de grâce, plus d'énergie et plus de vérité aux mouvemens d'un danseur, si toutefois il peut la comprendre. Le danseur, sur la scène, ne sera jamais qu'un médiocre artiste s'il n'est inspiré par le talent de la mimique. Il faut que les mouvemens et les poses nous donnent des émotions et réveillent en nous des idées et des sentimens ; autrement l'on n'aura qu'un divertissement pour les yeux. Quinault voulait que la danse conservât le caractère d'imitation, qui avait produit des merveilles à Rome et dans la Grèce, et il espérait les voir se reproduire aux yeux des Français.

Maintenant, si nous cherchons à apprécier les qua-

lités nécessaires aux chanteurs, nous trouverons que la réunion dans le même individu d'organes différens, destinés à concourir au même but, est plus rare encore, et ici les difficultés augmentent. Voilà pourquoi il y a un plus grand nombre d'instrumentistes que de chanteurs habiles.

Le chanteur doit premièrement posséder au plus haut degré l'organe du rapport des sons et celui du temps; il doit avoir dans ses muscles la même souplesse, la même agilité, la même force que les joueurs d'instrumens à vent; il faut, de toute nécessité, que le larynx, qui est son instrument à lui, soit heureusement organisé, et que rien n'apporte obstacle à une bonne prononciation. Si le chanteur ne prononce pas bien les paroles de la langue dans laquelle il chante, il aura converti son chant en un simple solfége. C'est ce que font presque tous les chanteurs qui chantent dans une langue étrangère? Très-souvent aussi un artiste a une belle voix; mais il manque de goût dans son chant: dans ce cas sa carrière est tout-à-fait manquée. Nous avons vu sur le théâtre beaucoup d'artistes s'éclipser ainsi complètement, malgré la fraîcheur et la beauté de leur voix.

Ce n'est donc que par la réunion de toutes ces qualités propres au chanteur que l'on peut arriver à une juste célébrité dans cet art difficile. C'est ainsi que se rendirent célèbres les Catalani, les Fodor, Crivelli, Galli, Tacchinardi et tant d'autres. Où trouver, avec un goût si exquis pour la musique, une poitrine aussi vaste et un organe aussi souple que ceux de Rubini? Où sont les timbres harmonieux et flexibles à comparer à celui de Tamburini? Où sont les voix pures, sonores et touchantes à mettre à côté de celle de Mlle. Juliette Grisi? Que ne dirais-je pas du talent de Nourrit et de Mme Damoreau?

Tous les chanteurs que nous venons de nommer, et plusieurs autres qu'il serait trop long d'énumérer, joignent à l'organisation cérébrale pour la musique les conditions de poitrine et de larynx nécessaires pour bien réussir dans le chant; mais encore ils ne seraient que des médiocrités s'ils n'avaient pas fait des études régulières sous de bons maîtres. Il est certain qu'ils ne sont arrivés à la perfection qu'à force d'exercices bien dirigés.

En vous citant des acteurs célèbres, je ne vous ai pas encore parlé d'une condition indispensable pour bien réussir sur le théâtre. Chez le musicien qui doit paraître sur la scène, il est à désirer que l'organe de la mimique, qui est placé à la partie supérieure-antérieure de la tête, soit bien développé, en même temps que ceux des sentimens que la musique veut exprimer. Pourquoi des chanteurs et des cantatrices, bons musiciens et doués d'une belle voix, vous laissent-ils souvent très-froids après un moment d'admiration? C'est que leur chant n'est pas inspiré; il ressemble plutôt aux sons d'un instrument qu'aux accens d'un être qui sent et qui pense.

Le talent mimique, joint aux autres qualités, donne au chanteur un relief inexprimable; son chant acquiert une expression, un accent de vérité qui vous pénètrent. Le chanteur alors, s'il est lui-même inspiré par les sentimens que la musique veut exprimer, s'emparera de vos sens et vous ravira jusqu'à l'extase. C'est l'ensemble de ces qualités qui a fait la réputation de Pellegrini, de Galli, de Lablache, de Mmes Pasta, Malibran, Grisi. Aussi, l'organe de la mimique est aussi développé chez ces personnes que l'organe de la musique.

Pour vous prouver que l'organe de la musique seul, quoique très-fort, ne suffit pas pour faire une bonne cantatrice pour le théâtre, je pourrais vous citer l'exemple d'une jeune dame que nous avons entendue chanter fort agréablement dans plusieurs concerts à Paris. Cette personne a, comme musicienne, un goût exquis et une mémoire étonnante; son larynx est parfaitement conformé; mais sa poitrine ne correspond pas au reste, elle n'est pas assez ample, et sa voix manque de force pour un théâtre. Son organe de la mimique, quoique médiocrement développé, aurait pu nous donner encore une assez bonne actrice, si l'instruction et l'exercice de cette faculté n'avaient pas manqué chez elle.

Arrivons, à la fin, aux compositeurs. Le compositeur en musique n'a besoin ni d'agilité musculaire, ni de poitrine, ni de gosier bien constitués; tout le travail se fait par les organes de son cerveau. Mais quelle sorte de travail et quelles combinaisons de facultés intellectuelles lui sont nécessaires pour atteindre le premier degré de son art? Quelle échelle y a-t-il à parcourir depuis la faible composition d'une contredanse, jusqu'aux productions merveilleuses de Marcello, Cimarosa, Mozart, Haydn, Grétry, Rossini? Je ne puis vous donner qu'une simple idée de cette gradation de facultés et d'organes, le temps nous manque pour approfondir un sujet si vaste et si intéressant.

Voici le masque de Weber. Une forte organisation musicale et l'éducabilité ou perfectibilité, qui se manifeste par un développement de la partie inférieure moyenne du front, sont les organes les plus remarquables en lui. C'est cette organisation qui prédispose le plus au travail, et qui met le compositeur à même de s'instruire et de connaître ce qui a déjà été fait par d'autres. Aussi la musique de Weber se ressent-elle de la science, et à côté du génie musical reconnaît-on l'étude.

M. Litz, que tout Paris a connu comme talent précoce, et dont voici le masque, a quelque analogie avec Weber. Je souhaite que son talent musical, suffisamment aidé par d'autres facultés intellectuelles, puisse nous donner quelque grande composition. Mais, il fera bien de se défier du poison de la flatterie que l'on prodigue aux talens précoces et qui les gâte trop souvent.

Le talent de la musique, soutenu ou aidé par des facultés diverses, se manifeste différemment en raison de la différence de ces mêmes facultés, et cela nous explique la différence des genres.

Si, avec l'organe de la musique, il y a celui de l'esprit de saillie ou de l'esprit caustique et un développement convenable des organes des facultés intellectuel-

les ; si ces facultés ont été cultivées de préférence, vous aurez le censeur, le critique des compositions et des exécutions musicales. MM. Fétis et Castil-Blaze vous présentent les meilleurs exemples de ce genre d'organisation et de talent.

Comme vous voyez, je préfère, à l'exposition d'une longue série de têtes en plâtre, vous citer des personnes connues et dont l'organisation peut à chaque instant être vérifiée.

Si, aux organes indiqués, vous ajoutez un fort développement de l'organe de la poésie, vous aurez l'improvisateur musicien. Sestini improvisait et chantait en même temps avec grâce les vers que son imagination lui dictait.

Dans Choron, dont mon honorable collègue (M. Casimir Broussais) vous a déjà parlé, vous avez vu qu'à côté d'un médiocre organe de la musique il y a l'organe du sentiment religieux et celui de la persévérance. Cette organisation vous explique pourquoi il s'est occupé de préférence de la musique d'église, et il s'est livré avec constance à l'érudition et à l'instruction musicale.

Dans M. Carafa, au contraire, doué d'une forte organisation pour les facultés affectives, vous trouverez une musique affectueuse, lyrique ou passionnée. Et comme je remarque en lui l'organe des arts également développé, et que c'est à cette faculté qu'il faut attribuer la tendance à faire entrer dans les compositions musicales une riche instrumentation, vous saurez pourquoi il a suivi, sous ce rapport, le genre de Rossini plutôt qu'un autre.

M. Bellini, l'auteur du *Pirate*, qui réunit à l'organe de la musique l'organe de la bonté excessivement développé, fera toujours de la musique expressive, pathétique, dramatique, chaque fois qu'il aura besoin d'exprimer par des sons les sensations qui se passent dans son intérieur. Donnez-lui des positions dramatiques où la tendresse, la pitié, le désespoir, aient besoin d'un interprète, et il vous fera des choses admirables. Les sons plaintifs, passionnés auront déjà retenti dans son âme avant qu'il ait pu penser à l'effet qu'ils produiront sur les autres. Par des raisons d'organisation, j'ai aussi lieu de croire que ses compositions porteront toujours plutôt sur le chant et la mélodie que sur l'instrumentation et l'harmonie.

L'organisation de M. Paër présente, outre une puissante faculté musicale, une disposition à la poésie et un fort développement de l'organe de la mimique (6), et ses productions portent ce caractère. Sa musique est essentiellement dramatique; elle parle au cœur, elle vous transporte d'une affection à une autre, et d'un sentiment à un autre sentiment, suivant les situations de ses personnages. Rappelons-nous *l'Agnese*. M. Paër a conservé dans ses compositions ce genre de musique imitative ou expressive que Grétry et tant d'autres avant lui exigeaient comme condition principale d'une bonne musique théâtrale (7).

Je ne dirai qu'un mot de M. Rossini : son énorme tête vous montrera qu'il réunit en lui tous les organes, toutes les qualités, pour faire un génie extraordinaire. Le développement latéral-antérieur de sa tête vous explique la grande extension qu'il a donnée à la musique instrumentale pour le théâtre. Le sens du langage, très-fort chez lui, vous explique comment il a pu appliquer son talent à la langue française sans jamais manquer à la prosodie. Si la musique devait subir encore quelque réforme, je ne connais que lui qui soit capable de l'entreprendre. Nous reviendrons peut-être un jour à la simplicité de l'ancienne musique, qui n'exclut pas les progrès que l'art musical a fait jusqu'ici.

J'aurais dû vous parler du mérite de plusieurs autres célébrités musicales, de Meyerbeer, de Boïeldieu, d'Auber et d'autres, mais je n'ai voulu que citer des exemples, et je n'ai pu les choisir que parmi ceux dont l'organisation m'était connue.

Résumons maintenant nos observations.

1° Pour réussir dans tous les genres de musique, la condition principale est d'avoir une organisation cérébrale favorable. L'étude, l'exercice, sont indispensables; mais, si les dispositions naturelles manquent, on n'arrivera jamais qu'à une pauvre médiocrité.

2° Il ne suffit pas, pour devenir bon instrumentiste, d'avoir une bonne organisation musicale : à cette classe d'artistes il faut du tact, de l'agilité et de l'adresse musculaire.

3° Une belle voix ne suffit pas non plus pour devenir bon chanteur : une forte et ample poitrine est nécessaire après l'organe de la musique et celui de la voix.

4° Quant à ceux qui se destinent à la composition musicale, plus il y aura de facultés intellectuelles, jointes chez eux à l'organe de la musique, et plus les conceptions seront vastes, plus les compositions seront variées et profondes.

Conséquemment, je conclus :

Que, dans les conservatoires et dans les écoles de musique, on devrait d'abord n'admettre que ceux qui sont organisés pour cet art, et qu'ensuite on devrait classer chaque élève, d'après son organisation spéciale, pour l'instruire et l'exercer dans le genre qui serait approprié à son organisation. Par cette méthode, il est probable que nous aurions des instrumentistes, des chanteurs et des compositeurs plus habiles et plus nombreux.

NOTES.

(1) Si le goût général pour la musique est l'indice d'une civilisation avancée, ne pourrait-il pas être aussi un indice précurseur de l'amollissement ou de la corruption du corps social ? Lorsque les Grecs et les Romains se passionnèrent pour la musique et firent de cet art l'objet principal de leurs plaisirs, la fierté de leurs caractères s'émoussa, leur esprit guerrier s'engourdit, et la liberté chez eux céda bientôt à l'esclavage. Jusqu'ici l'engoûment d'un peuple pour la musique a été un mauvais signe de sa liberté politique : l'Allemagne et l'Italie nous l'attestent. Cependant, nous croyons que le goût des beaux-arts

et spécialement de la musique peut très-bien exister chez une nation libre ; mais il faudrait que cette nation ne fût pas exposée à se battre contre les peuples voisins ; il faudrait qu'il y eût chez ces peuples voisins la même forme de gouvernement, les mêmes institutions, la même tendance aux progrès et aux perfectionnemens de l'ordre social. Sans cela, si vous mettez aux prises, d'un côté un peuple civilisé, habitué aux plaisirs des sens et aux commodités de la vie, et de l'autre un peuple endurci dans le travail et la fatigue, obéissant en aveugle à celui qui le gouverne, il y aura toujours à craindre que le dernier ne l'emporte sur l'autre. Il est donc prudent de faire de la propagande libérale, si nous voulons jouir tranquillement chez nous des bienfaits de la civilisation. Il faut que les peuples de l'Europe, gouvernés seulement par la raison et la justice, comprennent un jour les avantages d'une civilisation générale, et se tendent fraternellement la main. Puisse ce jour n'être pas trop éloigné !

(2) L'on sait combien les dévots, vrais ou faux, se déchaînèrent contre Gall lorsqu'il démontra que les dispositions aux différentes facultés intellectuelles, aux talens et aux aptitudes industrielles, sont innées chez l'homme et chez les animaux. Une chose à remarquer, c'est qu'un ex-jésuite espagnol, le père Eximeno, en 1774, dans son *Traité de l'origine et des règles de la Musique*, avait déjà publié à Rome, avec approbation, les mêmes idées que Gall sur ce sujet. Ce traité d'Eximeno est un écrit admirable et rempli de philosophie. Dans la préface il dit que le *langage* chez l'homme, ainsi que la *musique* ont lieu par instinct, par une *impression innée* et que la réflexion dirige. Dans le deuxième chapitre il répète que la musique et la parole ont la même source, *l'instinct*. L'instinct, ajoute-t-il, est une *sensation innée* que le créateur a donnée originairement, et les sensations sont des connaissances. Il fait observer que les souterrains des fourmis, l'architecture des castors, la toile de l'araignée, la ruche de l'abeille, et tant d'autres industries des animaux, proviennent du même principe, conjointement à *l'organisation particulière de chaque espèce*. Un enfant nouveau-né sait bien faire usage de la bouche, de la langue et des lèvres pour téter, sans qu'il ait pu acquérir par l'expérience l'usage de ces organes. La vie, dit-il encore, consiste dans l'exercice des facultés propres de chaque animal. L'auteur regarde comme inné le sentiment de l'humanité, ou l'amour de l'espèce humaine Ne dirait-on pas que toutes ces phrases sont extraites des ouvrages de Gall? Gall a développé ces mêmes propositions et en a démontré la justesse par des faits et des raisonnemens de la dernière évidence.

Le lecteur me pardonnera si j'ajoute quelques autres propositions tirées du même auteur : elles sont pleines d'intérêt et s'accordent parfaitement avec nos principes, relativement à ce qu'il nous reste à dire sur le talent de la musique. Eximeno fait des réflexions sur certaines façons de raisonner qu'on avait de son temps, et il dit : « Les analyses et les compositions métaphysiques d'*abstrait*, *concret*, *universel*, *genres et différences*, quoiqu'elles puissent servir pour expliquer quelques inductions, sont en réalité des illusions de la fantaisie, lesquelles, mal employées par Platon et embellies par Aristote avec des *mots spécieux*, ont retardé le progrès de l'intelligence humaine pendant plusieurs siècles. » C'est bien encore sur des mots spécieux du même genre que fondent leur savoir certains raisonneurs de nos jours, les platoniciens modernes.

« La voix, dit notre auteur, chez l'homme comme chez les animaux, est destinée à la manifestation des impressions internes. L'homme a commencé à chanter comme chantent les oiseaux, c'est-à-dire par instinct, et l'instinct ne se développe que déterminé par les impressions particulières et par les circonstances dans lesquelles l'individu se rencontre.

« La richesse des langues vient du nombre des idées qui sont introduites chez un peuple. Les nations libres acquièrent continuellement des idées nouvelles, et enrichissent leur langue de phrases et de paroles nouvelles. Les académies de langue, qui se proposent de fixer l'état des langues vivantes, sont le plus grand obstacle au progrès de l'esprit humain. » Ne dirait-on pas que ces phrases sont extraites d'un écrit philosophique de nos jours ?

« La prononciation est le coloris du langage, et la beauté de ce coloris consiste principalement dans l'articulation et dans l'accentuation et la quantité des syllabes.

« L'homme prononce les syllabes avec des tons de voix différens. Ces tons sont les accens, et ces tons sont les tons de la musique.

» C. Graccus, orateur romain, lorsqu'il pérorait, tenait, selon Cicéron, à son côté, un domestique avec une flûte pour se faire régler la modulation des accens. »

L'explication qu'Eximeno donne de la fatigue du chant est ingénieuse et pleine de justesse. « En parlant, dit-il, l'air sort avec violence ; en chantant, l'air est retenu et monte peu à peu de la poitrine à la bouche, pour former une sorte d'écho qui s'appelle *chant*. C'est l'effort de retenir et de régler la respiration qui fatigue tant dans le chant, comparativement à la parole et au discours. »

« Le chant, dit-il ailleurs, est un discours qui doit avoir un sujet auquel se rapporte toute la composition. » C'est pour cela qu'il faut que le poète, par son invention et par la situation de ses personnages, fournisse au compositeur un bon sujet pour son discours musical. Il me paraît que M. Bellini, parmi les compositeurs d'aujourd'hui, est celui qui entend le mieux cette philosophie de l'art. Je ne parle par de Rossini, puisqu'il n'écrit plus.

« Quoique l'ouïe, ajoute notre auteur, soit le juge naturel de la musique, souvent il nous trahit et nous fait trouver du prix à des compositions méprisables. Le but de la musique n'est pas seulement de faire plaisir à l'ouïe, mais de réveiller les affections de l'âme ; par conséquent, si elle ne vous agite pas, elle manque son but, elle est musique d'un mauvais goût.

» Les différens caractères nationaux proviennent des climats ; les circonstances accidentelles, avec l'influence du climat, produisent telle ou telle forme de gouvernement, et ce gouvernement, ainsi institué, au moyen de l'éducation, *modifie* les dispositions naturelles. » Les phrénologistes ne parlent pas autrement.

« Le langage est la manifestation la plus naturelle des pensées et des penchans, et, par conséquent, du caractère national. La musique étant une imitation du langage, il s'en suit que les peuples qui ont un langage plus musical, auront une meilleure musique... Aucun musicien ne pourra faire une modulation sur ce mot allemand *melvischstapp*, et le mot italien *cuore* se prête à toutes sortes d'expression. Sans hyperbole, l'on peut dire que l'Italien chante quand il parle. » Notre révérend père Eximeno dit, qu'entendre une dame romaine en colère vaut un chant de théâtre.

» La parole, continue-t-il, ne suffit pas à l'Italien pour exprimer la passion qui le fait parler, il emploie les mouvemens des mains, des yeux et de tout le corps ; et ces mouvemens, ces gestes, provenant naturellement de la passion et étant faits sans réflexion, sont très-beaux et très-propres à la pantomime, dans laquelle les Italiens, déjà du temps des Césars, l'emportaient sur toutes les nations. » Engel, célèbre auteur prussien, qui a écrit

le meilleur traité sur la mimique que nous ayons, et Gall, dans le chapitre où il parle de cette faculté, ont dit la même chose. Le langage des gestes est la seule langue universelle possible, que non seulement les hommes des différens pays savent comprendre, mais que les animaux aussi, sans aucune instruction préalable, entendent parfaitement.

» La langue française, poursuit Eximeno, est la meilleure de l'Europe pour écrire avec précision, clarté et bonne grâce, et c'est pour cela que les Français ont la même démangea son d'écrire que les Italiens de parler. La langue française manque de propriétés musicales, lesquelles sont la source véritable de la musique »

« Charles Quint, qui parlait les différentes langues de l'Europe, disait qu'il aurait voulu toujours parler avec Dieu en espagnol, avec un ami en français, avec une maîtresse en italien, avec les oiseaux en anglais, avec les chevaux en allemand. »

Eximeno traite, dans le commencement de son ouvrage, la question des mathématiques, et examine si elles sont nécessaires pour faire de bonnes compositions musicales. Euler suppose que la suavité des sons est divisible par degrés, et calcule les effets de la musique d'après cette fausse supposition. Tartini a écrit un mauvais traité sur la musique pour avoir voulu associer les mathématiques à la musique. Rousseau et d'Alembert ont également considéré la musique en rapport avec les mathématiques. Notre auteur soutient avec raison que la musique n'a aucun rapport avec les mathématiques. Il dit, qu'apprendre à délecter l'ouie par les proportions des cordes, est la mêmes chose qu'apprendre à convaincre l'intelligence par le nombre des paroles, que vouloir assaisonner les mets par les règles de la géométrie.

(3) Les phrénologistes qui appellent l'organe de la *musique* organe de la *melodie*, se servent d'une dénomination erronée et se trompent. M. Reicha, dans son traité de la mélodie, dit avec justesse que le grand édifice de la musique repose sur deux colonnes de même grandeur et d'une égale importance : *la mélodie et l'harmonie* ; et ensuite il dit encore : « L'harmonie et la véritable mélodie sont sous tant de rapports si différentes l'une de l'autre, qu'à peine on en peut faire une autre comparaison, si ce n'est que l'une et l'autre se forment et se composent de sons, condition primitive et indispensable pour tout ce qui existe dans l'art de la musique.

Ceux des phrénologistes qui croient que la musique est le résultat indispensable de l'activité combinée de l'organe du rapport des sons et de celui du temps se trompent encore : le plein-chant, dans son origine, n'avait ni mesure ni rhythme. Les récitatifs obligés des Italiens, dit le même Reicha, tiennent à peu près le milieu entre la mélodie et la déclamation musicale ou le récitatif simple. Mais ces phrases ne sont ni *mesurées ni rhythmées*. Cependant elles font beaucoup d'effet.

Du reste, tout se passe *dans le temps*, comme disent les Kantistes, ou dans *l'espace*. Nous mangeons, nous marchons et nous travaillons *dans le temps*, sans que ces opérations aient aucun rapport avec la musique ; et nous ne disons pas non plus qu'elles sont le résultat de l'action de certains muscles combinée avec l'activité de l'organe du temps. Dans le discours ordinaire nous faisons des pauses, des suspensions entre nos paroles pour en nuancer le débit, et nous nous arrêtons à la suite d'un mot sur lequel nous voulons fixer l'attention, sans que pour cela nos discours ordinaires soient de la musique. Il y a cependant dans le discours des *sons* et du *temps* ; mais cela ne suffit pas pour faire de la musique : il faut que les sons soient agréables et disposés d'après certaines lois qui existent en nature, et que ceux seulement qui ont une organisation musicale peuvent saisir et comprendre. Gall avait donc raison d'appeler *sens du rapport des sons* la faculté qui est la base de la mélodie, de l'harmonie et des récitatifs obligés, et *organe de la musique* la partie cérébrale qui exerce cette faculté. L'organe du temps sera donc regardé par nous simplement comme le premier organe auxiliaire de celui de la musique.

(4) Je pense que l'organe des arts ou de la mécanique donne à l'instrumentiste l'aptitude à bien comprendre le mécanisme de son instrument ; mais cela ne suffit pas à lui donner de l'adresse et de l'agilité à s'en servir. Les physiologistes connaissent les recherches et les expériences faites par le professeur Rolando et M. Flourens, sur la moelle allongée et le cervelet, desquelles il résulterait que ces parties sont destinées à régulariser les mouvemens volontaires. Il y a plus de dix ans que, chez Gall, M. Fodera et moi, nous avons répété ces expériences sans obtenir les mêmes résultats (*Voy.* Gall, tom. III, pag. 392 et suiv., édit. in-8°.). La conclusion de nos expériences a été que les lésions du cervelet ne dérangent aucunement les mouvemens volontaires, mais que les lésions de la moelle allongée produisent des mouvemens irréguliers, la paralysie, etc. Les faisceaux nerveux qui remontent de la moelle épinière et s'entrecroisent avant de passer sous la grande commissure du cervelet, vont nécessairement s'épanouir dans les circonvolutions cérébrales. S'il devait y avoir un organe du mouvement volontaire, ce serait là où vont finir ces fibres et dans leur plus ou moins grand développement qu'il faudrait chercher l'explication de l'étonnante agilité de certains instrumentistes ; mais la volonté et le mouvement volontaire ne peuvent pas avoir d'organes propres et ne sont que le résultat de l'action combinée de tous les organes du cerveau, ou bien de l'activité actuellement prédominante de quelque organe en particulier. Il faut donc rechercher cette facilité ou agilité des mouvemens volontaires, non pas dans le cerveau, mais dans les dispositions organiques particulières des faisceaux nerveux de la moelle épinière et des différentes branches nerveuses qui en dérivent, et qui se répandent dans tous les muscles.

(5) Il y a des artistes musiciens qui sont en quelque sorte dispensés d'avoir le talent de la musique : ce sont ceux qui sont chargés dans un orchestre ou dans une musique militaire des instrumens à percussion, comme de la grosse caisse, du tambour, du triangle, du chapeau chinois, des cymbales, etc. Ces instrumens entrent dans les compositions musicales plutôt pour marquer énergiquement la mesure, le rythme, que pour ajouter à la mélodie ou à l'harmonie, vu que les sons de ces instrumens sont *indéterminés*. Ils augmentent la masse des sons, et en cela leur effet est musical ; mais il me paraît qu'ils produisent en nous, indépendamment des sensations musicales, un autre effet, effet tout-à-fait physique ou mécanique : Ils excitent une sorte de frémissement dans nos membres ; nos muscles, par les vibrations de ces instrumens, sont disposés à une sorte de contraction et de mouvement ; et chacun alors, instinctivement, marque la mesure avec ses jambes, ses bras, ou sa tête. Ainsi, les instrumens à percussion aident puissamment la musique à réveiller en nous les sentimens du courage, de la terreur, du désespoir ou de la joie, et en général les affections qui sont suivies de réaction et de mouvement. J'explique comme cela l'effet des trompettes, des tambours et des musiques militaires, dans un combat ou dans une fête publique ; et l'effet dont je parle est tellement physique, qu'il se produit même sur les animaux insensibles à la musique.

(6) J'ai su seulement après la lecture de mon discours que M. Paër, dans sa jeunesse, a joué, comme acteur, avec beaucoup de succès, sur le théâtre privé de la Cour, à Vienne, où des princes et des princesses remplissaient différens rôles avec lui. Ceci prouve que chez lui l'organe de la musique montra son acti-

vité quand les circonstances furent favorables à sa manifestation. C'est ce qui arrive toujours : la nature crée une *organisation ;* les *circonstances* viennent ensuite favoriser ou paralyser l'activité de ses facultés primitives.

(7) Entendons nous bien sur la valeur des mots *imitation* et *expression* en musique. L'école allemande croit qu'avec la musique on peut imiter tout ce qu'il y a de bruyant en dehors de l'homme, une bataille, un orage, etc. Cette imitation n'est pas possible : les mêmes sons que ceux que vous croyez destinés à imiter une bataille, expriment aussi bien une tempête, un tremblement de terre ou autre chose d'analogue. Essayez de changer seulement les mots, et laissez la même musique, si c'est dans un opéra, et votre esprit y trouvera l'imitation de choses bien différentes. La preuve qu'une musique imitative, prise dans ce sens n'existe pas, c'est que l'on a bien soin de mettre en bas de la musique prétendue imitative et arrangée pour le piano, des paroles explicatives, telles que celles-ci : *cris des soldats blessés, retraite des Autrichiens, charge de cavalerie*, etc., sans quoi cette prétendue imitation serait inintelligible. Ceci me fait le même effet que ces portraits où le peintre, de peur que l'on ne reconnaisse pas le personnage, a soin de placer dans ses mains une lettre dont l'adresse est parfaitement lisible.

Si l'imitation musicale, ainsi entendue, n'est pas une chose vraie, il n'en est pas de même de la musique expressive. En effet, si nous voulons exprimer les émotions, les passions de notre âme, les affections des organes de notre cerveau, nous le pouvons, et le musicien, avec des sons bien choisis et bien coordonnés, réveillera dans tous les hommes bien organisés les mêmes affections, émotions ou passions qui l'ont inspiré. C'est pour cela qu'il ne faudrait pas confondre les mots, et que l'on doit appeler la musique ayant ces qualités, musique *expressive*, plutôt que musique *imitative*. Nous osons trancher ainsi cette question, appuyés que nous sommes de l'autorité de juges bien compétens sur cette matière.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

AVRIL 1835.

N° 14. — 4 Avril.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

—

Observations de deux cas remarquables de rétrécissement, l'un de l'œsophage et l'autre de l'urètre; par le docteur Denis, médecin de l'hôpital de Commercy, etc.

1re Observation. — *Rétrécissement de l'œsophage.*

En 1821, un enfant de cinq ans, Rose Rorrain, fille d'un teinturier de Ville-Yssey, village voisin de Commercy, étant seule, vit sur une table une fiole à médecine à demi-pleine d'un liquide qui lui sembla être du sirop, elle la prit et en but le contenu; le liquide était de l'acide sulfurique imprudemment laissé dans la chambre habitée, au lieu d'être renfermé dans l'atelier. Le père ou la mère de l'enfant entra aussitôt; celle-ci jetait des cris, en tenant encore à la main la fiole vide! On s'empressa de laver la bouche de la malheureuse petite, de lui faire avaler de l'eau chaude. L'intérieur des lèvres, toute la surface de la langue, le palais, l'arrière bouche, étaient cautérisés; et, comme aucun signe de gastrite ni d'entérite n'eut lieu plus tard, on pensa que l'acide n'avait pas pénétré au-delà du pharynx. Les parties touchées s'enflammèrent, suppurèrent et guérirent enfin : la nature plus que l'art fit les frais de la guérison; mais une difficulté d'avaler, attribuée d'abord à la violente inflammation bucco-pharyngienne, subsista : bien que les divers accidens dus à la cautérisation eussent disparu en apparence. Bientôt la déglutition des alimens solides devint impossible; il fallait même que l'enfant usât d'artifice pour opérer celle des liquides nutritifs, lait, œufs clairs, bouillie peu épaisse, panade, etc., qui firent désormais sa nourriture. Une cuillerée de l'une de ces substances était aisément portée dans le pharynx par la contraction des muscles de la bouche, la base de la langue et le larynx s'élevaient ensuite comme chez une personne en santé; mais un obstacle situé dans le cou, au dire de l'enfant empêchait l'accomplissement entier de l'acte de la déglutition, dont le dernier temps ne pouvait avoir lieu. Pour faire franchir à l'aliment cet obstacle, l'enfant abaissait la tête sur la poitrine, tenait la bouche fermée, ainsi que l'hyoïde et le larynx portés en haut, puis elle posait la face palmaire de son pouce gauche au niveau ou plutôt immédiatement au-dessous de la grande corne gauche de l'hyoïde, et elle appuyait fortement, pendant un quart de minute, en dedans, en arrière et en bas, s'aidant souvent de la main droite qui, dans ce cas, secondait simplement la gauche en pesant sur elle sans toucher le cou. Il est clair que le pharynx renfermait un liquide; celui-ci était par cette manœuvre chassé vers l'œsophage, où elle pénétrait, après avoir lentement forcé l'obstacle qui, probablement, y existait. Il fallait répéter vingt à trente fois l'opération pénible que je viens de décrire, pour faire parvenir dans l'estomac une tasse d'alimens. Un tel état de choses dura cinq ans; la difficulté d'avaler était tantôt peu prononcée, tantôt extrême, l'enfant beaucoup maigri par suite de l'inflammation buccale, ne reprit aucun embonpoint; elle grandit peu : ce n'était qu'un squelette animé.

En janvier 1826, peu à peu la déglutition devint tellement pénible, et les forces de l'enfant s'affaiblirent à tel point, que cet acte cessa de s'exercer. Dix jours après sa cessation complète, on m'appela. Je trouvai la malade très-pâle, sans voix, les yeux éteints, fréquemment renversés sous la paupière supérieure. Le corps presque froid. Le récit des parens et des nombreux spectateurs m'apprit ce que je viens de noter. Je ne pus méconnaître une dysphagie, occasionnée par le rétrécissement accidentel de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Je jugeai que ce rétrécissement était produit soit par l'épaississement des membranes muqueuses et musculeuses, avec occlusion du conduit, soit par des brides nombreuses ou des adhérences de la plus grande partie de la circonférence du tuyau œsophagien. Ces seules altérations, en effet, devaient former la cicatrice suite de la cautérisation profonde déterminée autrefois par l'acide sulfurique. L'extrémité supérieure de l'œso-

phage, plutôt que sa partie moyenne et que le pharynx, se trouvaient le siége de la maladie, probablement parce que l'angustie naturelle de ce point avait dû favoriser la formation de brides, adhérences ou épaississement. Les parens m'ayant rapporté que l'enfant assurait ne pas sentir le liquide s'échapper toujours par le même point du pharynx vers l'œsophage, lorsqu'elle exécutait sa déglutition, je puis dire manuelle, mais qu'elle distinguait parfaitement que de temps en temps il semblait changer de route, dont l'une était à gauche, l'autre à droite et une troisième derrière ces deux, qu'enfin elle assurait avoir *trois trous dans le gosier*, par lesquels tour à tour cheminaient les alimens; je présumai qu'il y avait pour obstacle plutôt des adhérences et des brides qu'un épaississement de parois. Je pus explorer avec le doigt, et m'assurer que le pharynx était très-dilaté; ses parois molles ne paraissaient nullement altérées.

Je tentai en vain d'introduire dans l'œsophage des sondes de gomme élastique de diverses grosseurs, même soutenues par de forts mandrins. L'extrême faiblesse de l'enfant me permit d'agir comme sur le cadavre; aussi je dois croire que, quelle que fût l'inhabileté de l'opérateur, s'il n'est point parvenu à pénétrer au-delà de l'obstacle, c'est que celui-ci offrait une résistance due à une véritable occlusion. Que faire en ce cas? Il fallait agir promptement; la vie devait peu tarder à s'éteindre. Pratiquer l'œsophagotomie? Mais le rétrécissement pouvait s'étendre au-dessous du point qu'il est possible d'attaquer dans cette opération; d'ailleurs je n'avais pas d'aide qui pût me seconder; et laisser s'écouler une heure, c'était attendre la mort pour agir. Je me décidai sur-le-champ à obtenir un passage à travers l'obstacle, quel qu'il fût, par une sorte de cathétérisme forcé, ou mieux par une ponction faite dans l'obstacle même. Je fabriquai de suite mes instrumens avec ce que ma trousse offrait de convenable. Comme je présumai qu'il existait des cicatrices sous forme de brides multipliées, plutôt qu'un autre genre d'altération, je plaçai dans le pharynx une sonde creuse d'argent, du volume d'une plume à écrire, courbée convenablement et ouverte à ses deux bouts. Lorsque je l'eus mise en place de manière à bien fixer l'une de ses extrémités derrière le larynx et un peu à gauche, immédiatement sur l'obstacle, je portai là, à son moyen, un mandrin de baleine armé d'un fer aiguisé comme un trois-quart. Je poussai ce mandrin jusqu'à ce qu'un défaut de résistance pût me faire croire que j'avais traversé l'obstacle. Alors, tout en cessant cette manœuvre, mais sans retirer le mandrin, je poussai la sonde d'un pouce ou deux, et je dégageai de son intérieur la baleine armée. La sonde était-elle bien dans l'œsophage, ou s'était-elle fourvoyée? L'enfant immobile, mourante, incapable de témoigner ce qu'elle ressentait, ne pouvait me fournir aucun renseignement. Retirer la sonde d'argent pour la remplacer par une sonde œsophagienne de gomme élastique qui pût m'instruire de la réussite de mon opération, c'eût été une imprudence; car aurais-je sur-le-champ retrouvé l'ouverture que je venais de pratiquer; et d'ailleurs cette exploration m'aurait-elle fourni quelques données? Le temps pressait: sans balancer j'injectai lentement par la sonde d'argent, au moyen d'une seringue, un verre et demi de bouillon. Une menace de suffocation m'obligea aussitôt après de retirer l'instrument. Quelques momens se passèrent sans changement remarquable; puis peu à peu les signes de prostration diminuèrent; l'enfant se ranima; elle put prononcer quelques mots, faire des gestes; elle m'annonça qu'elle sentait l'aliment dans son estomac. Une heure environ se passa; l'amélioration se soutint. Je tentai d'introduire une sonde de gomme élastique du calibre de celle d'argent; j'y parvins du premier coup malgré les mouvemens de l'enfant et les difficultés ordinaires de cette opération. Une nouvelle dose de bouillon fut injectée.

Le soir, la déglution des liquides se fit sans peine, moyennant la manœuvre ordinaire de la malade. Je sondai tous les jours, en augmentant le volume des sondes graduellement. Un mois après, à dater de l'opération, les liquides purent être avalés sans l'aide de la main. Deux mois, ensuite, les alimens solides passèrent de même. Il est probable que la déglutition ne put ainsi se rétablir complétement que quand le pharynx, long-temps dilaté, eut repris son calibre naturel.

Depuis, et voilà sept ans écoulés, la guérison ne s'est pas démentie. Il y a quatre ans cependant un noyau de prune s'arrêta dans le lieu retréci autrefois: mais je le précipitai aisément dans l'estomac. La jeune fille, chétive, pâle, de cinq à dix ans, est maintenant grande, très-forte: elle mange comme si elle n'eût jamais eu de dysphagie, et s'en souvient à peine.

2e Observation. *Rétrécissement de l'urètre.*

Ce cas de dysphagie, déterminé par des cicatrices, me rappelle un cas de retrécissement de l'urètre, aussi produit par des cicatrices; mais dont la guérison n'a pas été obtenue avec la même facilité. Comme je pense qu'il est aussi utile de publier les demi-succès que les succès complets, quelles qu'en soient les causes, je vais rapporter l'observation que j'ai conservée de ce dernier cas.

Le nommé Detenance, d'Aulnois-les-Vertus, canton de Commercy, travaillant dans la grande et belle carrière d'Euville, le 1er janvier 1832, fut victime d'un éboulement qui le renversa, le recouvrit en partie de débris de pierre. Une fort grosse roula entre ses jambes, et vint frapper par une de ses arêtes sur le périnée du malheureux carrier. On parvint à le retirer en vie, mais mutilé. Tout son corps était couvert de contusions, plusieurs de ses orteils se trouvèrent écrasés, etc. Cependant la blessure la plus remarquable fut occasionée par la pierre qui atteignit le périnée, et néanmoins on ne l'aperçut que le lendemain. Appelé quelques heures après l'événement, je ne pus me douter que la contusion du périnée ne méritât plus d'attention que celle des autres parties. La peau de cette région n'était nullement altérée; il y avait seulement un très-faible gonflement, et la pression y développait une douleur peu intense.

Pendant la nuit, envies d'uriner que le malade ne put satisfaire : le 2 février matin, même état. Étant arrivé près de Detenance, à midi, je le trouvai en proie aux angoisses bien connues du malheureux dont la vessie pleine ne peut se vider ; le périnée était fort tuméfié, bleuâtre, surtout à gauche, scrotum distendu, empâté, mais peu de douleur dans ces parties ; en pressant la verge depuis la racine jusqu'au gland, j'en fis sortir des gouttes de sang ; la chemise en offrait aussi des taches. Je sondai le malade avec précaution. Ma sonde arrivée sous l'arcade du pubis, se perdit à la gauche du canal où se trouvait une fausse route ; et, en pressant légèrement sur cet instrument, il me fut facile d'en sentir le bec sous la peau distendue du périnée. Pendant cette opération, le malade souffrit peu. Nul doute pour moi que la contusion du périnée, qui n'avait aucunement offensé la peau, avait déchiré les tissus sous-jacens ainsi que la portion membraneuse du canal de l'urètre. L'introduction du doigt dans l'anus, qui me permit encore de sentir la prostate et le lieu où la sonde quittait le canal après en avoir parcouru la plus grande étendue, m'indiquaient que c'était bien ce point qui avait souffert une lésion de continuité. Malgré tous les soins que je mis à exercer le cathétérisme avec les précautions les plus minutieuses, je ne pus arriver dans la vessie. Je pensai alors que la plaie du canal se trouvait frangée, et que ses lambeaux flottans, entremêlés de fibrine, formaient un obstacle que la sonde ne pouvait franchir.

J'appelai un confrère qui ne réussit pas mieux que moi à sonder mon malade, et qui fut entièrement de mon avis sur le singulier effet de la contusion périnéale. Nous nous décidâmes à inciser le périnée comme pour la taille, afin d'atteindre le bec de la sonde maintenue dans le canal et fixée contre l'obstacle. Par là, nous pensions évacuer le sang infiltré, qui peut-être était mêlé d'urine, et nous ménager le moyen de faire pénétrer le bec de la sonde dans la portion membraneuse dilacérée, puis, de là dans la portion prostatique : nous parvinmes à notre but. La vessie se vida d'une urine sanglante. La sonde fut placée à demeure. Bientôt l'urine coula incolore. La plaie, au bout de six semaines, et après de légers accidens se ferma. Je crus le malade guéri ; mais j'étais éloigné de compte. J'avais, depuis deux jours, cessé l'usage de la sonde ; déjà le cours des urines s'était ralenti, et leur jet n'avait plus que la forme d'un filet ; il fallait beaucoup d'efforts pour en déterminer l'évacuation. Je me hatai de replacer une sonde, ce fut avec difficulté. En passant sur le lieu cicatrisé, le bec de l'instrument rencontrait une résistance considérable. Le calibre des sondes, successivement augmenté, rétablit les dimensions du canal en huit jours. Nouveau retrécissement quatre jours après la suppression de leur usage. Plusieurs traitemens par les sondes eurent le même résultat. Je me déterminai à explorer le canal avec un porte-empreinte, qui me prouva, ce qui pour moi était déjà hors de doute, qu'il existait dans la portion sous-pubienne du canal, un retrécissement produit principalement aux dépens des côtés inférieur et latéral gauche de ce canal ; sur ces côtés, s'élevait une sorte d'éperon qui, par un accroissement rapide, ne tardait pas à obstruer l'urètre peu de temps après avoir été déprimé par les sondes. Je me servis enfin de la sonde porte-caustique de M. Lallemand, et je parvins rapidement à détruire cet éperon, mais il se reproduisit en peu de temps. Je recommençai à cautériser, et avec le même succès ; il y eut encore reproduction du retrécissement. Je réiterai six fois ce traitement, six fois la cause du retrécissement fut attaquée profondément, six fois elle reparut. Depuis cette époque, trois ans se sont écoulés, et le malade n'a pu quitter une sonde à demeure sans s'exposer à une rétention d'urine imminente. Néanmoins il vaque à ses travaux

Je ne puis expliquer ce cas réfractaire à tout traitement rationnel des retrécissemens, qu'en supposant que toute la portion membraneuse de l'urètre a été dilacérée, fondue par la suppuration, et que le tube de nouvelle formation qui l'a remplacée, creusé dans le tissu sous-jacent, n'a pu jouir de la prérogative des canaux naturels, lesquels, dans l'état physiologique tendent à conserver leur calibre, tandis qu'au contraire, comme tous les trajets fistuleux, il a eu et il a encore une disposition prochaine à l'oblitération. Il me serait facile d'étendre cet article en y faisant entrer des citations d'auteurs, et en dissertant longuement sur plusieurs points ; mais outre qu'aucun auteur, que je sache, n'a cité un cas semblable au retrécissement œsophagien que j'ai rapporté, et que les cas analogues au retrécissement urétral, décrit plus haut, que l'on trouve dans les livres, ne jetteraient aucune lumière sur mon sujet, je me suis abstenu de faire de l'érudition en pure perte et des réflexions que les faits suggéreront d'eux-mêmes aux lecteurs.

N° 15. — 11 Avril.

Observations de calculs, tubercules et ulcérations du cerveau et du cervelet ; par Leguillou, D.-M. P.

Ire Observation. — *Tubercules et calculs du cerveau. — Mort à la suite de convulsions épileptiformes.*

Le samedi, 29 novembre 1834, à trois heures après midi, on apporta à l'hôpital de la Charité une jeune fille de 19 ans, forte et bien constituée, atteinte de convulsions avec perte de connaissance et écume à la bouche. Les personnes qui l'accompagnaient ne donnèrent sur sa maladie aucun renseignement, si ce n'est *qu'elle était dans cet état depuis la veille, et qu'on la croyait atteinte de colique de plomb.*

L'élève de garde la plaça dans le service de M. Delmas, salle Saint-***, n. 16 ; et lui fit presque aussitôt une saignée qui donna peu.

A quatre heures, l'interne de la salle la vit. Elle était dans l'état que je viens de signaler ; et de plus il remarqua que le pouls était fort petit, qu'il y avait sou-

bresauts des tendons, roideur des membres et que la tête était déjetée en arrière. Il ordonne un lavement purgatif qui est rendu presque aussitôt.

Dans la soirée, on applique à la malade des sinapismes aux mollets, aux cuisses et aux pieds, sans obtenir la moindre réaction.

A 9 heures du soir, le pouls était presque imperceptible; les extrémités se refroidissaient : il n'y avait plus de convulsions, mais, de temps à autre, des soubresauts de tout le corps.

Le 30 novembre, morte à 5 heures du matin.

Autopsie.

Habitude extérieure. — Peau blanche; cheveux noirs; corps parfaitement modelé; une piqûre de saignée au bras gauche.

Cavité encéphalique. — Les sinus sont pleins de sang; les petites méninges un peu rosées; la pulpe cérébrale est un peu ramollie; sa coupe est tachetée de points rouges comme sablés; ses vaisseaux sont injectés.

Plusieurs tubercules et des concrétions calculeuses se trouvent dans la substance cérébrale ou à sa surface: tous sont enkystés; les parois du kyste ont une demi-ligne d'épaisseur, une couleur jaunâtre, une résistance moyenne. Je ne puis assigner au juste la place que chacun d'eux occupait dans le cerveau; car je n'ai connu leur existence qu'après la section du cerveau en différens sens et en portions fort petites; cependant je crois devoir décrire isolément chacun d'eux.

1° L'un occupait l'épaisseur des corps striés. Il avait une forme ovoïde, un volume de quatre lignes sur trois. Il contenait une matière blanc-jaunâtre, grumeleuse et caséeuse, assez sèche, et deux petits calculs arrondis d'une ligne à une ligne et demie de diamètre.

2° Un calcul isolé était situé dans l'épaisseur de la substance grise d'une anfractuosité cérébrale, presque à l'extérieur; il était très-anguleux; avait la forme d'une pyramide triangulaire de trois lignes de hauteur sur deux de base. Il adhérait au kyste par une petite partie de son étendue.

3° Un troisième kyste ne renfermait que de la matière caséeuse divisée en trois petites masses. Il était placé tout à fait à l'extérieur du cerveau, recouvert immédiatement par la pie-mère entre deux circonvolutions. Sa forme était tout à fait sphérique, de quatre lignes de diamètre.

4° A la surface d'une circonvolution était une ulcération de couleur brunâtre, de forme ronde, de quatre lignes de diamètre, dont le fond semblait ramolli.

Aucun autre corps n'était contenu dans la substance cérébrale, que je passai toute sous la pulpe du doigt.

Cavités thoracique et abdominale; organes génitaux. — Dans un état parfait d'intégrité.

Une graine de raisin était contenue dans l'appendice cœcale. Je fis de très-minutieuses recherches pour découvrir quelque tubercule dans le mésentère et dans les poumons; je n'en trouvai aucun.

La moelle épinière, examinée avec soin, ne m'offrit non plus rien à noter.

Les calculs ont été vus en place par MM. Amussat, Cruveilhier, Lebaudy; je les ai analysés, en n'employant qu'une très-petite parcelle de chaque; ensorte que je les possède encore presque dans leur état d'intégrité. Ils sont composés de *phosphate de chaux.*

Dans l'espoir de découvrir l'époque *présumable* de la formation de ces productions morbides, je fis sur l'état sanitaire antérieur de cette jeune fille des recherches dont je crois devoir faire connaître les détails.

Berquet Sophie, native de Mont-Didier (Somme), âgée de 19 ans, polisseuse en caractère, vint à Paris il y a trois ans, et demeurait rue Saint-Jacques, n. 107.

Son père et sa mère vivent encore, et jouissent d'une très-bonne santé.

Elle s'est constamment bien portée jusqu'à l'âge de quinze ans, époque à laquelle l'apparition de ses règles fut signalée par de violens maux de tête. A chaque période cataméniale, la céphalalgie reparaissait pendant deux ou trois jours; et depuis un an, elle devenait plus intense chaque fois, et revenait même quelquefois pendant les intervalles menstruels. De temps à autre, elle a éprouvé quelques coliques, occasionées probablement par les émanations des ateliers où elle travaillait; mais elle n'en a jamais été incommodée de manière à être obligée à se mettre en traitement.

Vers le 15 du mois d'octobre dernier, elle a été prise de céphalalgie continue, avec lassitude dans les membres; son teint a un peu pâli, et on la croyait enceinte.

Pendant le mois de novembre, la *céphalalgie* augmenta : elle éprouvait aussi des picotemens au nez.

Le lundi, 24, elle fut plus indisposée qu'à l'ordinaire; elle éprouvait des coliques violentes; mais c'était l'époque de ses règles, qui parurent en moindre quantité. Elle se rendit à l'atelier, et ne put se mettre à l'ouvrage. Elle chercha des distractions en visitant d'autres ateliers et en se promenant toute la semaine : elle avait totalement perdu l'appétit, et elle n'a presque rien mangé de la semaine. La nuit elle a plusieurs fois éprouvé des convulsions depuis le 22. Enfin, le vendredi, elle disait se trouver mieux, et elle se promettait de reprendre ses travaux le lendemain. Quelques amis passèrent la soirée avec elle : elle fut très-gaie; et à neuf heures on la fit se coucher. A dix heures survinrent des convulsions; puis roideur des membres, perte de connaissance, écume à la bouche; et le lendemain, cet état ayant persisté toute la nuit, on se décida à l'apporter à l'hôpital.

IIe Observation. — *Tubercule du cervelet. — Mort à la suite d'une méningite.*

Un enfant, âgé de quatre ans, fort bien constitué, d'un tempérament sanguin, d'un caractère emporté,

entêté, un peu gâté par sa mère, gourmand du premier ordre, avait depuis plusieurs jours perdu de sa gaîté et de sa gloutonnerie. Il était morne, il toussait, avait la langue blanche à sa surface et rouge à sa pointe, le ventre douloureux à la pression; il éprouvait des démangeaisons aux narines, les pupilles étaient dilatées; il y avait chaleur à la peau et fréquence du pouls.

Le 27 décembre, on lui prescrivit quatre sangsues à l'épigastre, du petit lait, un lavement émollient, des fomentations émollientes sur le ventre.

Le 28, il y eut continuation du même état; mais, le 29, survinrent des convulsions violentes avec perte de connaissance, puis assoupissement, perte de la sensibilité, respiration bruyante, fréquence du pouls. On prescrivit deux sangsues à chaque apophyse mastoïde, lavement purgatif, frictions sur la colonne vertébrale avec un linge rude et la pommade de Gondret, sinapismes aux pieds, bains d'enveloppe renouvellés fréquemment.

Le 30 décembre, il n'y avait pas d'amélioration; et on s'aperçut que le côté droit de la face était paralysé. Les jours suivans, l'assoupissement continua, et ne fut interrompu de temps à autre que par des momens très-courts de demi-veille ou de délire. On ne cessa pas d'employer les révulsifs les plus énergiques à l'intérieur et à l'extérieur. Le 3 janvier, la sensibilité aux stimulans extérieurs le réveilla; il reprit aussi un peu l'usage de ses sens; mais cette amélioration apparente ne fut pas de longue durée; et, dans la nuit du 4 au 5, il mourut sans éprouver de retour de convulsions.

Autopsie.

Habitude extérieure.—Pas d'amaigrissement marqué; tête volumineuse et couverte d'une éruption miliaire (provenant de l'application de la pommade d'Authenrieth); Escarre de potasse au cou, traces de sinapismes aux cuisses et aux pieds; vésicatoires aux jambes; marques de sangsues à la tête, au cou et au ventre.

Cavité encéphalique. — Les vaisseaux cérébraux sont pleins de sang; l'arachnoïde est opaque et converte d'une légère couche de sérosité figée; le ventricule latéral gauche contient à peu près quatre onces de sérosité; les parois et surtout la portion grise des corps striés sont considérablement ramollies et comme macérées; le ventricule droit contenait à peine une demi-once de sérosité; mais le canal vertébral en était plein. Le cerveau et le cervelet avaient moins de consistance que d'ordinaire; le lobe droit du cervelet contenait à sa partie moyenne et un peu antérieure un tubercule enkysté, ramolli à son centre, ayant la grosseur d'une aveline.

Cavité thoracique. — Saine.

Cavité abdominale. — L'iléon contenait plusieurs vers lombrics; il y avait de la rougeur aux endroits correspondans. J'y trouvai aussi quelques plaques d'othinentériques.

—

Observation III. — *Congestion cérébrale. — Ulcérations du cerveau.*

Le 22 février 1832, à onze heures du matin, on apporta à l'hôpital civil de Brest un homme de soixante ans, chez qui il y avait perte de connaissance, vomissement de vin, déjections involontaires. Les dames hospitalières qui connaissaient les habitudes de cet homme, le crurent dans un état d'ivresse profonde; le médecin, au contraire, le déclara atteint d'apoplexie foudroyante, et jugea sa fin tellement assurée, qu'il ne tenta presque rien pour la retarder. On lui mit aux pieds des sinapismes qui n'agirent pas; et deux heures après il était mort.

Autopsie.

Habitude extérieure. — Squelette bien développé, muscles prononcés, embonpoint ordinaire.

Cavité encéphalique. — Les sinus et les veines sont gorgés d'un sang très-noir; à la partie antérieure du lobe droit se voit une ulcération ronde de cinq lignes de diamètre et d'une ligne et demie de profondeur; les bords saillans découpés en biseau ont la couleur ordinaire de la substance grise. Son fond est jaune et repose sur la substance blanche. La pie-mère paraît manquer à cet endroit.

A la partie antérieure du lobe gauche, autre ulcération divisée en deux portions chacune de dix lignes d'étendue, constituée par la coupe oblique de deux circonvolutions voisines de manière à former un angle droit par la réunion dans l'anfractuosité intermédiaire. Toute la surface de cette dernière ulcération est bleuâtre.

Au-dessous de ces ulcérations, la pulpe cérébrale offrait une légère coloration qui disparaissait bientôt.

J'examinai bien soigneusement toute la masse encéphalique et surtout la protubérance annulaire, je ne trouvai aucun épanchement de sang. Le cerveau était d'une consistance normale, et j'y cherchai vainement d'autres altérations que les altérations ci-dessus mentionnées.

Tous les autres organes étaient sains.

Maintenant je crois devoir offrir les renseignemens que j'ai obtenus sur la vie antérieure de cet homme.

Depuis plusieurs années, il était perruquier à l'hôpital civil; et on crut prudent de lui retirer son emploi, parce qu'il s'enivrait souvent, et qu'il avait donné parfois des signes de folie; il en fut tellement affecté qu'il en tomba malade; mais, aussitôt son rétablissement, il sollicita son renvoi de l'hôpital, et sortit le 15 février, pour se livrer tout entier à la boisson jusqu'au jour de sa mort.

Je pourrais aussi joindre ici un cas de *tubercules* développé dans la colonne vertébrale, en dehors de la dure-mère, à la hauteur des troisième et quatrième vertèbres cervicales, et qui avait usé la partie antérieure du corps des vertèbres dans une étendue de quinze lignes de longueur sur trois à six de largeur et une ou deux de profondeur. Le fibro-cartilage intermédiaire

n'avait rien souffert. Je ne me rappelle pas si le tubercule était enkysté ; mais je sais que le malade n'avait présenté aucun signe de la compression que cette tumeur exerçait sur la moelle épinière. Je publierai plus tard cette observation détaillée.

De ces trois observations, les deux premières seulement ont entre elles beaucoup d'analogie ; quoique le sujet de la première ait succombé à une cérébrite, et le second à une méningite.

Elles prouvent, 1° que les tubercules peuvent exister dans le cerveau, bien qu'il n'y en ait pas de trace dans aucun autre organe ; 2° que ces tubercules se forment souvent sans qu'on puisse en soupçonner la cause, et qu'ils parviennent à un certain volume ou à un certain nombre, sans donner lieu à aucun trouble remarquable dans la santé ; 3° la présence des tubercules a pu contribuer à aggraver l'irritation qui s'est développée accidentellement dans le cerveau du n° 1 pendant le flux cataménial ; mais dans l'observation 2, y a-t-il rapport entre le tubercule du côté droit du cervelet et la méningite du ventricule gauche.

Quant à la troisième observation, je la crois susceptible de donner lieu à diverses questions. Ces ulcérations sont, je crois, parfaitement innocentes de la mort de l'individu ; mais ne pouvons-nous pas leur rapporter les *aliénations mentales* passagères qu'il a éprouvées ?

Quelle est la cause immédiate de ces ulcérations ? Une cérébrite terminée par un abcès, des épanchemens apoplectiques, la fonte des tubercules ? Depuis quand existaient-elles ? J'ai pris sur le compte de ce sujet des renseignemens qui ne m'ont fait découvrir ni apoplexie ni autre maladie grave depuis son séjour à l'hôpital, qui datait de plus de deux ans.

N° 16. — 18 Avril.

Hématurie attribuée à la rupture d'une veine de la prostate, par M. Lacroix, ex-interne des hôpitaux.

La rareté de certaines affections peut quelquefois embarrasser et même compromettre le médecin dans le diagnostic et le pronostic qui il doit en porter. Je citerai comme exemple la rupture présumée d'une veine de la prostate. Les varices de cet organe sont assez fréquentes pour que Desault ait jugé à propos d'éclairer le diagnostic de cette maladie. Mais il n'a pas fixé son attention sur l'hémorrhagie qui peut être la suite de la rupture des varices de la prostate. Ce qui eût été cependant assez important, car, si l'augmentation en volume des veines de la prostate, en diminuant le calibre du canal de l'urètre, peut être la cause d'un rétrécissement momentané et accidentel que l'on peut confondre avec celui qui peut être déterminé par toute autre cause, de même la rupture de ces mêmes veines peut donner lieu à un écoulement de sang dont la source pourra être supposée se trouver dans un endroit plus ou moins reculé des voies urinaires.

J'ai eu occasion d'observer, tout récemment, un cas de ce genre chez un jeune homme de 28 à 30 ans, à peau fine et transparente, d'une constitution sanguine, et chez lequel toutes les veines du corps sont très-volumineuses. Au retour du printemps, ce jeune homme est tourmenté par des étouffemens, des éblouissemens, des céphalalgies, etc. Il y a quatre ans, à la suite d'une chute qu'il fit sur la poitrine, en patinant sur la glace, il a été pris d'un crachement de sang avec toux. Mais cet accident paraît, du reste, n'avoir exercé aucune influence fâcheuse sur la constitution de l'individu, qui, depuis, n'a pas eu de nouvelles atteintes d'hémopthisie, et n'a pas paru plus disposé à s'enrhumer qu'auparavant. Cette disposition aux hémorrhagies dans les endroits où existe une irritation trop vive semble se rapporter à tout l'individu. Ainsi les plus légères causes peuvent donner lieu chez lui à des épistaxis ; et dernièrement encore une irritation un peu vive des organes génitaux lui a occasioné une hématurie. Après les jours gras, à la suite d'excès dans le coït, il vint à uriner du sang. Les premiers jours, il prit cet accident pour les prodrômes d'une gonorrhée. Son expérience lui avait malheureusement appris le bénéfice qu'il devait espérer d'un régime adoucissant et de boissons délayantes : il se soumit donc à ce traitement. Il n'éprouvait aucune douleur ; et, au bout de quelques jours, ses craintes de ce côté furent dissipées. Cependant sa sécurité ne fut pas entièrement rétablie ; car la maladie restait stationnaire. Bientôt même il lui vint à la pensée qu'il pouvait être affecté d'une maladie plus grave ; et c'est alors qu'il vint me consulter.

Il urine sans douleurs ; il n'éprouve pas de pesanteur dans les lombes ni dans la région hypogastrique : le liquide qu'il rend est du sang pur, noir, et qui s'échappe goutte à goutte ; mais voici dans quelles circonstances. Vient-il à uriner, debout ou couché, le soir, le matin, dans la journée, il rend un liquide entièrement semblable à l'urine qu'il évacue dans la plus parfaite santé. Va-t-il à la selle, il urine encore comme à l'ordinaire, avant de rendre les matières fécales : mais pendant les efforts qu'il fait dans l'acte de la défécation, il urine des gouttes de sang, et cela toutes les fois qu'il va à la garderobe, depuis huit jours.

Cette dernière circonstance est des plus aptes à éclairer le diagnostic ; car, si aucun signe connu n'a fait soupçonner que le rein ou la vessie fût le siége de cette hématurie, la nature des urines, qui s'écoulent toujours pures, est une preuve aussi que ni l'organe sécréteur ni l'organe de dépôt ne sont affectés. Reste donc, par déduction, une seule conclusion, c'est que la source du sang est dans le canal excréteur et dans le point le plus voisin du rectum, puisque c'est dans la défécation que ces hémorrhagies se reproduisent.

Maintenant, on se demandera peut-être comment le canal de l'urètre peut rendre alternativement de l'urine ou du sang ; c'est ce qu'il est très-facile de concevoir par l'application des connaissances que l'on a sur les phénomènes de la circulation veineuse ; et c'est même cette succession dans l'éjection alternative de sang ou

d'urine qui prouve péremptoirement que la maladie est due à la rupture d'une veine ; car, si vous supposiez une phlegmasie hémorrhagique de la prostate, le liquide s'écoulerait d'une manière continue et se mêlerait aux urines.

Dans le cas de veine rompue, on se demandera probablement encore comment il se fait que le sang ne s'écoule pas avec l'urine lorsqu'elle vient à passer dans le canal de l'urètre ; c'est par la raison que dans une saignée du bras, il ne suffit pas que la veine soit ouverte, il faut encore qu'un obstacle, comme une ligature, s'oppose au retour du sang. Or, dans les efforts de la défécation, les contractions des parois abdominales ont une action suffisante pour déterminer l'hémorrhagie par l'obstacle qu'elles apportent au retour du sang dans les veines de la prostate.

Cette hémorrhagie est due simplement à la rupture d'une veine, sans que cependant la prostate soit variqueuse ; car rien n'indique que cet organe soit le siége d'une semblable affection. En interrogeant le passé, nous voyons que le malade n'a jamais été sujet à ces rétentions d'urine, si communes par l'augmentation en volume des veines de la prostate. De plus, si l'on examine avec soin la prostate, on voit qu'elle n'est pas plus volumineuse que d'ordinaire, et ne fait pas éprouver de pesanteur sur le rectum ni de gêne dans la défécation. L'âge du malade nous éloigne aussi de penser que la prostate soit variqueuse ; car si c'est une affection commune chez les vieillards, elle est très-rare chez les jeunes gens.

Le pronostic que l'on pouvait porter sur cette maladie était peu grave ; le traitement devait être aussi peu compliqué. Une seule indication se présentait, c'était de lever l'obstacle qui venait périodiquement détruire le caillot qui s'était formé pour la cicatrisation de la veine, en réduisant le malade à ne pas faire d'efforts pendant quelques jours Ce qui fut fait par l'usage de quelques boissons relâchantes, et par l'emploi de demi-lavemens, deux ou trois fois par jour. Le quatrième jour, le malade fut entièrement guéri.

Un médecin, avant moi, lui avait conseillé une petite saignée et une tisanne de grande consoude. Il me semble cependant que la lésion était en quelque sorte trop physique pour employer les moyens médicaux.

DOCTRINES MÉDICALES.

—

Discours d'ouverture du cours de clinique de M. Bouillaud.

Messieurs,

L'enseignement dont nous sommes chargé consiste, sans doute, principalement dans l'application des connaissances actuellement acquises aux cas particuliers qui se présenteront dans le service clinique qui nous est confié. Mais la mission d'un professeur de clinique ne se borne pas là. En effet, Messieurs, la médecine n'est pas une science *achevée ;* elle attend chaque jour de nouveaux perfectionnemens ; elle aspire incessamment à de nouvelles conquêtes. Or, je vous le demande, Messieurs, n'est-ce pas pour le professeur de clinique un devoir de concourir, selon ses forces, à l'acquisition de vérités nouvelles et à la défaite des erreurs qui envahissent de temps en temps le domaine de la science ?

Au reste, Messieurs, avant de vous initier aux détails dans lesquels il faut entrer pour l'étude de chaque cas en particulier, il est nécessaire que je vous expose, en peu de mots, quelle est *ma philosophie médicale*, quel est l'état actuel de la médecine, et quelles sont les couleurs que nous arborons au milieu de ces partis divers, qui se disputent aujourd'hui, plutôt qu'ils ne se partagent l'empire de la médecine. Tel est l'objet de ce discours d'ouverture.

§ 1er — *Idée générale de la médecine et de la méthode qu'elle emploie pour se constituer.*

La médecine s'est dépouillée, depuis long-temps déjà, de la forme mystique dont elle s'était enveloppée à son origine et à son *moyen-âge.* Qu'est-ce, en effet, que la médecine à l'époque éclairée où nous vivons ? La connaissance des lésions diverses qui peuvent survenir dans les nombreux élémens de la machine vivante (connaissance qui comprend celle des moyens de remédier à ces lésions). Mais pour connaître ces lésions, il faut connaître d'abord les conditions normales de cette machine si merveilleuse et si compliquée. La médecine suppose donc la connaissance de l'anatomie et de la physiologie normales. Que supposent à leur tour l'anatomie et la physiologie normales ? La connaissance des sciences mécaniques, physiques et chimiques ; car, il n'est presque aucune fonction, aucun phénomène de l'économie vivante où n'interviennent des conditions mécaniques, physiques ou chimiques. Par conséquent encore, si la médecine se rattache *immédiatement* à l'anatomie et à la physiologie normales, elle se rattache aussi *médiatement* aux sciences *physiques*, ou *exactes* proprement dites.

Mais, si la médecine, en dernière analyse, fait bien réellement partie des sciences physiques, la méthode au moyen de laquelle on doit procéder à l'édification et, pour ainsi dire, à la *constitution* de cette science, est par cela même trouvée : cette méthode ne peut effectivement être autre que la méthode dite *expérimentale.* Toutefois, ne l'oubliez pas, Messieurs, cette grande méthode expérimentale n'est qu'un instrument, et un instrument a besoin de quelque chose qui le mette en œuvre et qui en organise les produits. Ce quelque chose, c'est l'entendement, l'esprit philosophique, la raison, le sens logique ou intellectuel. En matière scientifique, la méthode expérimentale est donc l'agent, le serviteur et, pour ainsi dire, le *ministre*, et l'esprit ou la logique est le *législateur* suprême.

L'analyse et la synthèse, telle est la double voie par laquelle l'esprit humain procède à la démonstration de

la vérité en médecine, comme dans toutes les autres sciences physiques.

Voilà, Messieurs, l'idée la plus générale que vous puissiez vous former de la médecine et de la grande méthode expérimentale, au moyen de laquelle elle recueille les faits qui lui sont propres.

Ne croyez pas, Messieurs, on ne saurait trop le redire, que la pure observation puisse à elle seule constituer et organiser la médecine. Non, elle ne fournit que les matériaux de l'édifice; et à l'esprit philosophique seul est réservée la noble fonction de disposer, de classer, de systématiser ces matériaux. C'est lui qui réduit en principes, qui *généralise* et formule les faits particuliers. Point de science sans *principes*, sans *formules générales*, sans *lois*. L'ensemble de ces lois générales, de ces principes fondamentaux constitue une sorte de *charte médicale*.

La méthode que nous exposons n'est pas nouvelle, Messieurs; elle est en quelque sorte aussi ancienne que le monde; elle est inscrite dans l'esprit humain lui-même. Ne disons donc pas qu'elle a été inventée par Hippocrate en médecine, par Bacon ou Galilée dans les sciences physiques. Ces grands hommes ont sans doute perfectionné la méthode expérimentale; ils l'ont agrandie, mais ils ne l'ont pas découverte; ils l'ont appliquée, mais ils ne l'ont pas faite ou créée; car, encore une fois, elle *est innée en l'humanité*.

Ce n'est qu'avec l'aide du temps et successivement que l'instinct d'observation, *le sens expérimental*, si j'ose ainsi parler, attribut de notre nature, s'applique sous toutes ses formes aux divers objets qui sont de son ressort. Et il faut souvent bien des siècles à l'esprit humain pour concevoir l'idée d'un nouveau mode d'observation, d'expérimentation, d'exploration. La médecine historique date de plus de vingt siècles, par exemple, et ce n'est que d'hier qu'Avenbrugger et Laënnec nous ont enseigné les méthodes de la *percussion et de l'auscultation*, et nous ont, en quelque sorte, découvert un nouveau monde médical. Gloire à ces hommes de génie! Ils n'ont point inventé, je le répète, la méthode d'observation elle-même, mais ils ont eu l'idée d'appliquer un de ses procédés à l'étude de phénomènes, qui, jusqu'à eux, n'avaient pas été explorés.

Comme il est en médecine des questions d'*étendue* et de *quantité*, les diverses opérations pour la solution de ces questions rentrent elles-mêmes dans la *méthode expérimentale*, comprise dans sa plus grande généralité.

Étudiée ainsi que nous venons de l'exposer, la médecine constitue une science *exacte*; et c'est par ce nom que nous distinguerons la médecine que nous enseignons de la médecine *conjecturale* du vulgaire.

§ II. — *De l'état actuel de la médecine sous le double point de vue des faits et des systèmes.*

Messieurs, il faudrait vraiment nier la lumière et le mouvement pour ne pas reconnaître que, depuis un demi-siècle, et particulièrement depuis une vingtaine d'années, la médecine s'est enrichie d'une immense collection de faits nouveaux, et que, sous ce point de vue, ainsi que je l'ai dit ailleurs, elle est parvenue à un état de splendeur que ne présentent pas, peut-être, la plupart des autres sciences. Comme il n'est, j'espère, parmi ceux qui m'écoutent aucune personne qui nie la lumière ou le mouvement, je passe outre, et j'arrive à l'état philosophique et systématique de la médecine. *Hic opus, hic labor est.*

Quoi! dira-t-on, la médecine ne serait, comme vous le prétendez, qu'une science de faits physiques, pour l'étude de laquelle on doit employer la même méthode que pour l'étude des sciences exactes; on pourrait construire en quelque sorte l'édifice médical, comme l'édifice du monde, par le *calcul*, le *poids*, la *mesure* (*numéro. pondere et mensura*), en un mot, par des faits que fournirait la méthode expérimentale: et cependant le monde médical est un théâtre éternel de disputes et de dissensions! Oui, Messieurs, l'état d'hostilités où vivent les médecins n'empêche pas que leur science ne soit telle que nous l'avons définie. Mais, si l'on réfléchit que la plupart des questions dont elle se compose présentent une foule de faces diverses, que les inconnues de ses problèmes sont très-nombreuses, que rien n'est souvent plus difficile que l'analyse des objets compliqués qu'on y rencontre à chaque pas, on cessera d'être étonné du choc et de la confusion des opinions médicales. Et d'ailleurs, ce monde lui-même, qui a été construit *avec la règle et le compas*, n'est-il donc le sujet d'aucune contestation entre les philosophes; et la fameuse sentence: *Deus tradidit mundum disputationibus philosophorum* n'est-elle plus de saison?

Au reste, laissant pour le moment de côté les causes des graves disputes auxquelles le monde médical est en proie, tâchons de déterminer et de classer, pour ainsi dire, les systèmes principaux qui divisent les médecins, sous le triple rapport du siége, de la nature et du traitement des maladies.

1° Sous le rapport du siége des maladies, trois grands systèmes ont régné, savoir: le *solidisme*, l'*humorisme* et le *vitalisme*. Il faut le proclamer hautement à la gloire de notre époque, aujourd'hui le nombre des solidistes, des humoristes, des vitalistes purs ou exclusifs est peu considérable. Tout le monde répète avec Bichat que toute doctrine exclusive de solidisme, d'humorisme ou de vitalisme est un contre-sens pathologique. Ceux-là seulement exagèrent le solidisme aux dépens de l'humorisme, ceux-ci l'humorisme aux dépens du solidisme, et d'autres enfin le vitalisme aux dépens de l'humorisme et du solidisme. Tâchons de tenir une juste balance entre ces exagérations diverses.

2° La nature et, par suite, la classification des maladies, voilà véritablement le principal champ de bataille où le médecins se sont donné rendez-vous.

L'apparition de l'*Examen des Doctrines* a été le signal de cette longue guerre, dont la fin n'est pas sans doute prochaine. Le temps ne me permet pas, Messieurs, de traiter à fond cette importante question. Un fait certain, c'est que M. Broussais a *révolutionné* de fond en

comble les systèmes nosologiques qui régnaient avant lui; et que cette révolution, juste, légitime, nécessaire, fera la gloire éternelle de son auteur et de la France médicale. Mais, Messieurs, les révolutions scientifiques se composent de deux grands mouvemens, de deux temps principaux, savoir, la destruction des systèmes anciens et la construction d'un système nouveau. La première de ces deux tâches, imposée à toute réforme fondamentale, a été accomplie par l'auteur de l'Examen avec un génie, une vigueur, une fermeté dignes de toute notre admiration. Malheureusement, il n'a point encore élevé sur les ruines de l'antique édifice nosologique, sur les glorieux débris de la *nosographie philosophique*, un système nouveau complet, qui ait été considéré comme la fidèle et méthodique représentation de l'état actuel de la médecine, et aussi généralement adopté que le système de M. Pinel. Ce que n'a pas fait le grand réformateur que je viens de nommer, qui de nous sera assez audacieux pour l'entreprendre? à qui sera réservée la gloire d'attacher son nom à la période *organique* de la dernière révolution médicale, comme M. Broussais a donné le sien à la période *critique* de cette révolution? Qu'un autre Broussais surgisse au milieu de vous, Messieurs, et la réforme de 1816 aura reçu son complément..... et plus tard à une autre! car telle est la loi du progrès scientifique.

Tous les médecins contemporains ne se sont pas également soumis à l'empire de la nouvelle doctrine médicale, de la *Médecine physiologique*, puisqu'il faut l'appeler par son nom. Ils peuvent se diviser sous ce rapport en trois grandes catégories. Les médecins de la première catégorie en ont été les détracteurs, les persécuteurs même; les seconds, les purs et sincères admirateurs, les partisans éclairés et désintéressés; les troisièmes, célèbres sous le nom d'*éclectistes*, ont tâché de concilier les deux autres catégories de médecins, et de former une sorte de fusion entre le présent et le passé.

Je commence par déclarer, Messieurs, que sans croire à l'infaillibilité de son illustre auteur, je me suis rangé parmi les partisans sincères, libres, indépendans des principes fondamentaux de la réforme accomplie par M. Broussais, savoir la non existence des *fièvres essentielles continues* et la *nature* ou l'*origine inflammatoire* de plusieurs lésions organiques, qui, jusque-là, avaient été généralement considérées comme ayant une nature ou une origine différente.

Les médecins de la première catégorie, Messieurs, c'est-à-dire ceux qui ont lutté de tout leur pouvoir contre la réforme ou la révolution médicale que nous signalons, ont assumé sur leur tête une grave responsabilité: et je laisse à la postérité le soin de les juger, si jamais leur nom y parvient. Quant à présent, leur nombre est presque imperceptible. *Apparent rari nantes in gurgite vasto.* On peut leur appliquer ce qui a été dit par un poète ingénieux de ces ennemis d'une autre révolution qui,

Au char de la raison attelés par derrière;
Veulent à reculons l'enfoncer dans l'ornière.

Aussi, les soutiens généreux des idées nouvelles sont-ils assis aujourd'hui sur les chaires que ces médecins vraiment rétrogrades avaient usurpées; en aucun de ceux-ci n'a réellement essayé de reconquérir sa chaire, et s'exposant fièrement à la noble et suprême épreuve du concours.

La vérité veut que nous reconnaissions qu'il s'est trouvé parmi les défenseurs des idées nouvelles, des hommes qui les ont exagérées, et qui par cela même en ont retardé le triomphe définitif. Mais la chose était inévitable: c'est une fatalité qui se rencontre dans toute réforme, de quelque nature qu'elle soit.

Occupons-nous maintenant des *éclectiques*, ou de ces médecins nuancés des couleurs du présent et du passé. Nous distinguerons deux classes parmi eux: l'une comprenant ceux qui tiennent plus aux vieilles idées qu'aux nouvelles; l'autre comprenant ceux qui, au contraire, tiennent plus aux nouvelles idées qu'aux vieilles. Les médecins de la première classe ne valent guère la peine qu'on en parle aujourd'hui. Foudroyés par le feu croisé de la méthode expérimentale et de la méthode logique combinées, ils cèdent sur tous les points, leurs lignes sont enfoncées, et leurs rangs dispersés de toutes parts (1).

Quant à l'autre classe, ils constituent une sorte de *Gironde médicale*. Ce nom seul, Messieurs, vous exprime l'estime que l'on doit en faire. Ils ont rendu de vrais services à une certaine époque de la réforme dont nous esquissons l'histoire. Mais leur utilité n'a été que transitoire. Leur domination serait funeste aujourd'hui; leur mission conciliatrice est finie; leur temps est passé. Ils nous feraient consumer au soutien de vérités acquises un temps qu'il faut employer à la découverte de nouvelles vérités. Lorsque le grand jour de la démonstration a lui sur les doctrines nouvelles, le clair-obscur de l'éclectisme n'est plus le vœu de l'esprit humain. Le scepticisme est alors un anachronisme. Aussi, Messieurs, les principaux chefs de l'*éclectisme* adoptent-ils franchement aujourd'hui les dogmes essentiels de la nouvelle école.

3° Ce que nous venons de dire des systèmes en matière de nosologie, vous fait facilement entrevoir, Messieurs, quel est l'état actuel des esprits en matière de thérapeutique. En effet, comme Bichat l'a si bien dit, *les systèmes nosologiques refluent sur la thérapeutique.* C'est là surtout qu'il est impossible de méconnaître les trois catégories de médecins que nous avons établies plus haut, et qui se partagent chacune en une foule de nuances qu'il serait trop long de passer en revue.

Il appartient surtout aux professeurs de clinique de se prononcer en pareille circonstance, et d'invoquer

(1) Grâces aux évolutions et aux espèces de volte-faces de quelques-uns des médecins de cette classe, on les trouve parfois aujourd'hui dans des rangs des vrais promoteurs du progrès, et ils ont si bien manœuvré que des novices de la médecine leur font parfois honneur des découvertes qu'ils avaient opiniâtrement combattues jadis.

l'autorité des faits qui se passent dans leur service, pour mettre un terme à ces désolantes contradictions thérapeutiques dont vous êtes témoins ; nettoyer cet étable d'Augias, et vider enfin ces procès dont la santé et la vie de l'humanité font les frais. Rien n'est plus grave, Messieurs, que le sujet qui nous occupe ici. Dans les maladies aiguës, le choix de telle ou telle méthode est une question de *vie* ou de *mort*. Mais comment décider, me demanderez-vous, quelle est, entre toutes les méthodes contradictoires vantées contre une seule et même maladie, celle qui mérite la préférence? Comment? Messieurs : Par la méthode expérimentale, par l'examen attentif et éclairé des faits, par la voie des enquêtes. C'est ici que la méthode numérique, *statistique*, appliquée avec un esprit éclairé et de bonne foi, trouve surtout une importante application.

Dans le doute où la diversité des systèmes thérapeutiques les a plongés, un grand nombre de médecins, qui n'ont pu se procurer de suffisantes lumières sur la valeur de chacun de ces systèmes, ne savent réellement plus comment se conduire dans une foule de cas où le salut des malades dépend d'une prompte décision. Nous n'avons rien négligé, Messieurs, pour éclairer nos jeunes confrères sur ce qu'ils ont à faire dans les cas les plus urgens à la fois et les plus communs, tels que ceux relatifs aux inflammations aiguës des viscères, soit qu'elles soient simples, soit qu'elles se combinent avec un élément typhoïde, comme il arrive surtout dans celles qui occupent spécialement les follicules isolés ou agglomérés de l'intestin grêle. Malgré tous nos efforts, nous avons la douleur de voir le *scepticisme* régner encore dans l'esprit de quelques bons esprits auxquels il ne manque, pour partager nos convictions, que d'avoir bien *observé*, bien *compté* et bien *comparé* un nombre suffisant de cas dans lesquels ont été employées les diverses méthodes, qui tiennent, pour ainsi dire, leur esprit en suspens. Si cela nous afflige, Messieurs, cela ne nous surprend pas : nous savons que certaines vérités sont *un coin qu'il faut faire entrer par le gros bout*, ce qui n'est pas aisé. Et nous ne pouvons exiger, en conscience, que tout le monde partage en un instant telle ou telle conviction médicale, à laquelle nous ne sommes quelquefois arrivé nous-mêmes qu'après plusieurs années de recherches infatigables.

Les demi-moyens doivent faire fortune, comme vous le devinez facilement, à une époque thérapeutique telle que celle où nous vivons. Par eux, on évite de se compromettre, et l'on se fait, à peu de frais, une heureuse réputation de prudence. Je vous le dis cependant, Messieurs, avec une pleine et entière conviction : les demi-moyens dans les grandes maladies aiguës ont des résultats souvent déplorables ; ils enhardissent et irritent en quelque sorte ces maladies. Pour les dompter, il faut les attaquer avec une vigueur, une énergie, une fermeté, que peu de praticiens aiment à déployer. Ce n'est pas surtout par le monstrueux assemblage des moyens les plus opposés, par la folle alliance de méthodes les plus contraires que vous obtiendrez des succès.

Mais, je le répète, le doute sur cette matière est porté si loin aujourd'hui, qu'on a vu des hommes, dont le nom fait justement autorité dans les sciences, essayer, pour complaire à l'esprit du siècle, jusqu'à la chimère, à la superstition de l'homœopathie, et faire abnégation de leur raison, de leur sens logique, au point de douter si les mêmes corps ne pourraient pas agir en raison inverse de leur masse.... (1).

Justice est faite, Messieurs, de l'homœopathie, comme du magnétisme ; et nous n'avons pas manqué à l'appel, quand il a fallu juger ces pratiques ; car ce n'est pas seulement en adoptant les vérités ; mais aussi en combattant les erreurs, qu'il faut chercher à bien mériter de la science.

Nous en avons fini aussi, Messieurs, avec cet oxide blanc d'antimoine, qui avait été préconisé comme remède infaillible dans la pneumonie ; et j'ose vous promettre que nous ne tarderons pas non plus à en finir avec la méthode purgative, que l'on proclame encore une fois comme la plus efficace et la plus avantageuse de toutes les méthodes qu'on puisse opposer à l'entérite typhoïde.

§ III. — *Résumé de notre profession de foi médicale.*

Ce qui précède vous montre assez, Messieurs, quelles sont en définitive notre profession de foi et notre philosophie médicale. Oui, Messieurs, partisan sincère de tous les vrais progrès, nous croirions être profondément injuste et ingrat envers le plus illustre des médecins contemporains, si nous ne déclarions que nous adoptons les principes fondamentaux qu'il a proclamés en 1816. Mais nous reconnaissons que depuis bientôt vingt ans que cette révolution a régénéré, pour ainsi dire le monde médical, de nombreux et importans progrès ont eu lieu, soit sous le point de vue théorique et systématique, soit surtout sous le point de vue descriptif. Nous ne sommes, peut-être, pas resté tout à fait étranger à ces progrès ; et si nous n'y avons pas plus puissamment contribué, ce n'est pas à notre zèle qu'il faut s'en prendre.

De nouveaux progrès vous attendent, Messieurs ; tout est bien préparé pour qu'ils s'accomplissent, car nous avons conquis la liberté de la presse, la liberté de l'enseignement, ces deux grands instrumens, ces deux principaux leviers de l'esprit humain, et la noble institution du concours qui fera paraître incessamment des hommes dignes de découvrir et d'enseigner la vérité.

Avant cette grande conquête, des corporations médicales dictaient des lois aux médecins ; mais une double révolution politique a fait cesser ce qu'il pouvait y

---

(1) C'est l'anarchie, l'indifférence en thérapeutique qui a vraiment favorisé l'invasion de l'homœopathie en France. Lorsque les principaux représentans de l'art hésitent à se déclarer fermement en faveur de tel ou tel système pratique, le vulgaire se jette dans les bras du premier venu, fut-ce même un homœopathe.

avoir de despotique et de tyrannique dans cette sorte d'aristocratie médicale. Les écoles et les académies n'exercent aujourd'hui une légitime influence sur les médecins, qu'autant qu'elles sont composées de l'élite de ceux-ci, et qu'elles se dévouent entièrement aux progrès de la science.

Dégagez-vous, Messieurs, de toute prévention; n'oubliez jamais que les jeunes gens sont les défenseurs-nés des vérités nouvelles, qui s'épurent en quelque sorte en traversant leurs consciences pures et désintéressées. Dans les choses qui sont l'objet de jugemens contradictoires, examinez scrupuleusement avant de vous décider; et que l'autorité des faits soit plus puissante sur vous que celle des noms et des positions.

On dira, peut-être, Messieurs, que la majorité d'entre vous n'est point favorable à nos doctrines. S'il en est ainsi, notre affliction est grande sans doute; car, si nous ne sommes pas de ceux qui aiment mieux mendier les suffrages de l'opinion publique que de les conquérir, nous sommes encore moins de ceux qui affectent de les mépriser. Oui, Messieurs, nous faisons le plus grand cas de l'opinion publique calme et bien éclairée. Mais, jusqu'ici, nous n'avons point à nous en plaindre; elle n'a pas fait défaut, dans les grandes occasions, aux doctrines que nous professons. Nous avons été témoins de conversions auxquelles nous attachons un grand prix. Nous comptons parmi vous de bons esprits qui nous encouragent par leur approbation consciencieuse. Nous avons la satisfaction d'en voir qui se sont fait honneur par des dissertations composées dans l'esprit qui nous dirige nous-même. Et nous vous citerons pour modèle les plus récentes, celles de MM. Raciborski, Péturet, Nauthonnier, Clémenceau, Tournié, etc.

Que ceux qui ne nous connaissent point encore, ne se hâtent pas trop de nous juger; et peut-être finiront-ils par sympathiser avec nous. Quant à vous, Messieurs, qui nous connaissez déjà et qui partagez nos convictions, nous vous convions à de nouvelles luttes scientifiques. Ne craignez point de vous constituer, avec une modération ferme, les défenseurs de la sainte cause de la vérité. Rallions-nous plus étroitement que jamais autour des étendards que nous avons plantés dans le sentier du progrès; et si nous succombons dans nos efforts pour le triomphe des saines doctrines, que ce ne soit pas du moins sans avoir fait bonne contenance, et partant sans avoir acquis un peu de gloire.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Observations de hernies diaphragmatiques, extrait d'une lettre de M. le docteur Mondière, de Loudun. (1).

Le fait observé par M. Anthony, de Bordeaux, dans le n° 8 de votre intéressant journal, m'engage à vous communiquer deux faits de hernie diaphragmatique, qui ne m'appartiennent point, il est vrai, mais qui, consignés dans une dissertation étrangère, ne sont pas connus en France, bien qu'ils méritent de l'être. Le premier est curieux sous le rapport anatomico-pathologique; le second, non moins intéressant, vous engagera peut-être à modifier votre seconde conclusion.

Première observation. Une femme, âgée de 22 ans, primipare, jouissant ordinairement d'une bonne santé, est accouchée au moyen du forceps, après quelques heures d'un travail lent et difficile. L'enfant donna à peine quelques signes de vie; son corps était froid, sa respiration gênée, ses cris faibles et rares, et il expira quelques heures après sa naissance. Considéré à l'extérieur, le corps de cet enfant ne présenta rien d'anormal: son poids était de sept livres. A l'ouverture de la poitrine, on découvre dans la cavité gauche de l'estomac, une grande partie des intestins, la rate et le pancréas. Le côté droit séparé du gauche par le médiastin, et exactement circonscrit par lui; la paroi droite du thorax et le diaphragme renferment le cœur, les deux poumons et le thymus. Le cœur enveloppé de son péricarde avait sa forme et sa grandeur naturelles. Les poumons étaient recouverts par la plèvre: le droit, divisé en trois lobes, ne présentait rien d'anormal; les deux autres lobes du gauche au contraire étaient flasques, atrophiés et réunis entre eux. Le thymus avait un volume considérable et renfermait un liquide blanc et épais. La portion droite du diaphragme était bien conformée, et s'étendait presque jusqu'au sternum; là, cette cloison musculaire se retrécissait pour former un cordon mince, traversant le côté gauche de la poitrine qui, par cette disposition, communiquait librement avec la cavité abdominale et contenait une grande partie des viscères abdominaux, savoir, l'estomac, la rate, le pancréas, le grand lobe du foie et le paquet des intestins grêles.

Seconde observation. Louis S. est né d'un accouchement naturel, dans lequel on n'employa aucun instrument qui ait pu comprimer ou contondre les diverses parties de son corps. Pendant tout le temps de la lactation, il rejeta par le vomissement le lait et les autres boissons usitées à cet âge. Malgré cet accident, les parens ne consultèrent personne. Cependant la dentition se fit paisiblement, et S..... grandit sans éprouver de maladie notable, si l'on excepte le vomissement qui revenait plus ou moins fréquemment. Il était, surtout pendant la nuit, tourmenté par des borborygmes bruyans, une faim vive et une soif qui l'obligeait à boire presque sans cesse. La respiration ne parut jamais ni difficile ni gênée. Il était très-irritable et souvent triste, d'un embonpoint peu considérable: son visage était maigre et ses yeux profondément enfoncés dans leurs orbites.

Malgré les vomissemens opiniâtres qui tourmentaient cet enfant, les parens, habitués en quelque sorte à ces accidens, ne réclamèrent les secours de la médecine qu'au mois de juillet 1830, époque à laquelle le malade, âgé alors de sept ans, était extrêmement affaibli. Il était couché en supination, les yeux à moitié fermés,

(1) Ces observations sont extraites de la D. S. du docteur Gust. Th. Weyland. *Diss. inaug. méd. duos exhibens casus dislocationis viscerum nonnullorum abdominis memoratu dignos.* Iéna. 1831, in-4°, 24 pages. *Cum tribus tabulis.*

la tête et les extrémités couvertes d'une sueur froide, dans un état de maigreur extrême; la respiration était faible, le pouls sans fréquence, petit et mou, l'abdomen rétracté et à peine sensible. Interrogé par le médecin, il se plaignait de la tête et du ventre. Le plus ordinairement il était affaissé, tourmenté par une soif vive, et rejetait par un acte de vomissement violent et souvent accompagné de spasmes le peu d'alimens qu'il prenait. Quoique les symptômes n'indiquassent pas d'une manière certaine un état inflammatoire du cerveau et de l'estomac, cependant on crut à une phlegmasie lente du cerveau, et on prescrivit des sangsues sur la tête, un régime adoucissant et des lavemens irritans. Les accidens ne cessèrent point à l'emploi de ces moyens; le vomissement persista toujours et les médicamens même furent rejetés. On eut alors recours à des cataplasmes et à des fomentations aromatiques sur la région épigastrique. Deux jours après, le vomissement cessa, et le malade recouvra peu à peu quelques forces. Au bout de quatorze jours, son état parut si satisfaisant qu'on crut devoir l'abandonner aux soins de ses parens. Mais bientôt tous les accidens se renouvelèrent, les vomissemens reparurent, et se continuèrent jusqu'à la mort.

Autopsie. Dans le crâne tout était sain. Le sternum enlevé, on vit que la cavité gauche de la poitrine était, jusqu'au niveau de la seconde côte, remplie par la circonvolution des intestins. Le poumon gauche atrophié offrait à peine la sixième partie de son volume ordinaire. Le poumon droit bien conformé ne présentait rien d'extraordinaire. Le cœur était situé sur la ligne médiane (1).

(1) Nous remercions M. Mondière de son intéressante communication qui prouve en effet qu'un enfant peut-vivre avec un seul poumon fonctionnant, quoiqu'ici l'atrophie soit moins complète que dans le cas de M. Anthony où les vaisseaux pulmonaires eux-mêmes manquaient totalement. F.

N° 17. — 25 Avril.

De la digitale employée par la méthode endermique dans les lésions organiques du cœur; par le docteur Raciborski.

Les lésions organiques du cœur sont du nombre de ces maladies, contre lesquelles la médecine est le plus souvent impuissante. Cependant, si elle ne parvient pas à les guérir, du moins elle peut soulager les malades et prolonger leur existence.

C'est dans ce but qu'il conviendra de décrire sommairement de quelle manière l'organe est affecté et les conséquences de cette affection, pour en déduire des inductions dans le traitement.

La plupart de ces lésions sont des obstacles mécaniques au cours du sang. Par suite, les poumons gorgés de ce liquide se refusent à l'hématose, la circulation veineuse cesse de pouvoir s'effectuer; et dès lors se produisent ces épanchemens de liquide dans les mailles de nos tissus et dans les grandes cavités.

Mettre autant que possible au repos l'organe malade, diminuer la masse du sang, accélérer l'absorption des liquides épanchés, telle est la première indication dans ces maladies.

Les saignées générales répondent admirablement à ce but; mais il est un moyen que l'expérience a donné comme adjuvant des émissions sanguines. La digitale partageant dans ce cas la plupart de leurs propriétés thérapeutiques, est d'autant plus précieuse, qu'il est des sujets auxquels on ne peut plus ôter de sang. Si l'emploi de la digitale donne des résultats avantageux, il a aussi des inconvéniens qu'il fallait chercher à prévenir. En effet, après un contact plus ou moins long avec les organes de la digestion, la digitale produit une irritation; il survient des vomissemens, de la diarrhée, et son usage prolongé donnerait lieu à des lésions non moins graves que celles contre lesquelles on l'administre (1).

Cette circonstance assez commune avait beaucoup diminué la valeur de cette substance, lorsque la méthode endermique, en échappant à ces inconvéniens, a permis de l'employer dans tous les cas.

Observation Ire. — *Hypertrophie générale du cœur avec induration des valvules.*

Sernezki, âgée de 44 ans, née à Constantinople, mariée, ayant eu plusieurs enfans, était sujette depuis son enfance aux palpitations de cœur : du reste, sa santé était assez bonne. Il y a 15 mois qu'elle est venue dans le même service et pour la même affection. En sortant de l'hôpital, elle s'est trouvée beaucoup soulagée; mais les palpitations ont repris leur intensité, et l'ont forcée à rentrer, le 24 février 1834, à l'hôpital de la Charité, au n. 8, de la salle Ste-Madeleine.

Le 25 février, la malade présente l'état suivant : Figure bouffie, pâle, lèvres d'une couleur normale, pas de pouls veineux dans les jugulaires, la région précordiale forme une voussure. Par la percussion on y trouve de la matité dans l'espace de 4 pouces de bas en haut, et de 6 à 7 d'un côté à l'autre. Les palpitations sont très-fréquentes. Bruit de râpe continu. Ventre rempli de sérosité. Foie débordant les fausses côtes. Sueurs copieuses. Urines rares et en petite quantité. Selles normales (infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, 2 pots, potion gommeuse avec 10 gr. de digitale en poudre, 3 bouillons, 3 potages, 1 tasse de lait.)

26. 120 pulsations; même état, même prescription : 12 gr. de digitale en potion.

28. 64 pulsations : (*ut suprà*).

1 mars. La malade a éprouvé beaucoup de nausées

(1) Il y a même des personnes dont l'estomac ne peut nullement supporter la digitale (*voy.* article *Digitale*, dans le *Dict.* en 15 vol.) pour celles-ci, la méthode endermique offre une ressource des plus précieuses.

et a vomi plusieurs fois. On attribue cet effet à la digitale : (*ut suprà*, 6 gr. de digitale en potion, application d'un large vésicatoire sur la région précordiale).

2. Vomissemens. Dévoiement. Sueurs. Urines plus copieuses. Ventre moins volumineux. Palpitations plus régulières et moins fortes. Le bruit de râpe persiste toujours : on entend même à distance le bruit de souffle très-prononcé. La main, appliquée sur la région précordiale, sent le frémissement cataire (même prescription, pas de digitale en potion, mais 12 gr. de la même substance sur le derme dénudé).

3. Assoupissement. Céphalalgie légère. Pas de vomissement. Pas de dévoiement. Anorexie. Urines copieuses. Ventre moins volumineux. Les palpitations sont moins fréquentes. 60 pulsations. Pouls large et très-développé : (*ut suprà*).

4. Amélioration progressive.

5. 56 à 60 pulsations. Urines copieuses. Vésicatoire suppure bien : (*ut suprà*).

6. 52 pulsations. Pouls fort, développé. On trouve de temps en temps des intermittences : (*idem* 1/8).

7. La malade, levée une grande partie de la journée, a causé long-temps avec ses parens, qui sont venus la voir, sans être agitée. 56 pulsations. Vésicatoire suppure bien ; et la digitale paraît être toujours absorbée.

Les jours suivans, la malade continue à bien aller. On lui donne le quart d'alimens ; mais, le 12 mars, le vésicatoire commence à sécher ; le pouls redescend à 64, et les pulsations deviennent plus fortes.

14. Le vésicatoire est tout-à-fait sec. On donne 10 gr. de digitale en potion : le quart.

15. 68 pulsations. Céphalalgie légère. 2 selles. (Le 13 fut l'époque de ses règles, mais elle ne les a pas eues (1).

16. Pas de nausées. Pas de dévoiement. Léger étourdissement : (*ut suprà*).

17. 62 pulsations. Un peu de palpitation dans la journée : (15 gr. de digitale dans une potion, le quart, 1 tasse de vin).

18. Pas de palpitations ; mais la malade n'a pas dormi la nuit, à cause de douleurs vives dans l'estomac. Céphalalgie. Urines assez copieuses. 52 pulsations. Le pouls est toujours fort : (potion gommeuse avec 15 gr. de digitale et 2 onces de sirop de pointes d'asperges).

19. Anorexie. Vomissement. Pas de dévoiement. Céphalalgie. Urines moins copieuses : (potion gommeuse, avec 10 gr. de thridace. Suspension de la digitale. Bains : le quart).

20. Bien-être. Pas de vomissement. 52 pulsations : (*idem*).

21. 60 pulsations. 28 inspirations : (*ut suprà*)

22. La malade devient nostalgique. Céphalalgie. 60 pulsations : (3 pilules de poudre de digitale de 3 gr. chacune).

23. Beaucoup d'étouffement. Vomissement. Céphalalgie. Insomnie. 57 pulsations. Le ventre a augmenté de volume. Urines moins copieuses. Peu de sueurs. Pas de palpitations. La cicatrice du vésicatoire est teinte en vert : (saignée d'une palette et demie).

24. Pas de couenne. Caillot assez consistant. Beaucoup de sérum. Vomissement : (potion gommeuse, avec 10 gr. de thridace, 2 tasses de bouillon de poulet).

25. Les battemens sont forts. Râle trachéal. Mort à 9 heures du matin.

Autopsie 25 heures après la mort. L'abdomen contient dans sa partie déclive une sérosité citrine. Le cœur a 5 pouces en travers et 6 pouces en hauteur ; sa pointe correspond à l'intervalle de la huitième et de la neuvième côtes, et sa base correspond au second espace intercostal. Quoique le cœur paraisse remplir le péricarde, on voit cependant à peu près un demi-verre de sérosité citrine La portion du péricarde qui couvre le commencement de l'aorte et de l'artère pulmonaire est couverte de plaques fibreuses : on en voit aussi quelques unes sur le ventricule et l'oreillette droite. Le cœur est d'un volume énorme, dirigé presque transversalement à gauche, et comprend les trois quarts environ du côté gauche de la poitrine. Le poumon gauche refoulé vers le sommet et la partie externe de la poitrine, est réduit à une espèce de gâteau. De nombreux caillots distendent les cavités du cœur. La valvule tricuspide est très-développée et est très-rouge à son bord libre. L'oreillette droite a des parois d'une ligne d'épaisseur. Les valvules aortiques ont une épaisseur double de celle de l'état normal : elles sont fibro-cartilagineuses à leur base. Les tubercules d'Arantius sont endurcis. Les valvules crient sous le scalpel. L'aorte présente quelques incrustations pierreuses. Le ventricule gauche a 9 lignes à sa partie moyenne, 6 lignes à sa pointe. L'oreillette gauche présente à sa surface interne une fausse membrane qui, ayant été détachée, laisse apercevoir la membrane interne de l'oreillette. La membrane muqueuse de l'estomac est colorée en jaune verdâtre, un peu rouge. La partie supérieure de l'intestin grêle contient de la bile : pas d'injection dans sa partie inférieure. L'iléum et le cœcum sont dans l'état naturel.

La première chose que nous avons notée dans cette observation est l'action calmante de la digitale sur le centre circulatoire. En effet, la malade n'a encore pris que 22 gr. de cette substance en deux jours, et de suite le pouls descend à 64 de 130 où il était le lendemain du jour de son arrivée. Mais cette dose était déjà trop forte pour l'estomac irrité par l'usage prolongé de la même substance ; et c'est pourquoi, le même jour que le pouls est descendu si rapidement, nous avons vu survenir le vomissement et la diarrhée, ce qui a engagé M. le professeur Bouillaud à substituer la méthode endermique à la méthode ordinaire. Ici le résultat fut des plus prompts. Dès le lendemain de l'application de la digitale sur le derme dénudé, le vomissement et la diarrhée ont cessé ; et cependant les effets de cette substance sur le centre circulatoire ne furent pas moins manifestes ; en effet, les battemens du cœur, qui étaient

(1) La première fois qu'elle vint à l'hôpital où elle prenait aussi de la digitale, ses règles s'étaient déjà arrêtées et n'avaient reparu qu'au bout de deux mois.

déjà moins fréquens après l'administration de la digitale à l'intérieur, devinrent de plus en plus lents et plus faibles à mesure qu'on continua d'en appliquer sur la surface du vésicatoire. Le pouls, de 64 où il était le premier jour de l'emploi de cette méthode, descendit jusqu'à 52 pulsations par minute; les urines furent de plus en plus copieuses; le ventre diminua de volume; les palpitations perdirent de leur intensité. La malade passait une grande partie de la journée hors de son lit, se promenait sans éprouver aucune gène du côté du cœur; elle digérait bien, et se croyait déjà sauvée, lorsque, pour démontrer encore davantage l'efficacité de la digitale, employée par la méthode endermique, le vésicatoire commence à se sécher et à ne plus absorber que par quelques points; aussitôt le pouls monte jusqu'à 64. C'est en vain qu'on augmente la dose de la digitale, la surface du vésicatoire n'absorbe plus, la malade conserve toujours 68 pulsations; et enfin, le 10 mars, on est obligé de reprendre la méthode ordinaire. Pendant les trois jours suivans, la malade a pris 35 gr. de digitale, qui ont produit de nouveau leur effet, comme par la méthode endermique, le pouls redescend à 52. Mais, le quatrième jour de son emploi, il lui est impossible d'en prendre davantage : elle sent une espèce de barre sur l'estomac. On essaie cependant de lui en donner encore 15 gr. Des vomissemens survenant obligent d'en suspendre l'emploi et de lui substituer la thridace à l'intérieur. Dès ce moment, le pouls reprend sa fréquence; il monte jusqu'à 60 (21 mars). On essaie encore la digitale en pilules. Les vomissemens recommencent. La malade devient nostalgique et meurt.

Les résultats de cette observation nous paraissent trop évidens pour qu'on veuille les attribuer au temps et non à l'action de la digitale administrée par le derme.

Observation II. — *Hypertrophie générale du cœur avec lésion des valvules.*

Fèvre (Jeanne) âgée de 28 ans, reste à l'hôpital depuis le mois d'octobre 1833. A la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, il lui est survenu des palpitations du cœur (1).

La digitale employée à l'intérieur a déjà beaucoup soulagé la malade; mais les vomissemens survenant ont engagé M. Bouillaud à substituer la méthode endermique à la méthode ordinaire.

L'efficacité de la digitale n'a pas été moins marquée par cette voie; la malade allait très-bien, et on cessa ensuite son emploi. Mais, le 4 mars 1834, les palpitations reviennent. La région précordiale fait une saillie légèrement prononcée : on y entend distinctement trois bruits dont l'un est accompagné de souffle. On veut prescrire la digitale en potion, mais la malade, se souvenant du dégoût désagréable de celle-ci, ainsi que des vomissemens et de la diarrhée qu'elle lui a produit la première fois; et de l'autre côté, se rappelant le soulagement remarquable qu'elle a obtenu de la digitale administrée par la méthode endermique, a demandé elle-même l'application de la digitale par cette dernière voie.

Le 5 mars, on lui applique un vésicatoire sur la région précordiale.

6. La malade a eu hier beaucoup de palpitations, des éblouissemens. La nuit elle a beaucoup reposé. Le matin, avant la visite, un nouvel accès de palpitation. Peu d'urines. Selles normales. 100 pulsations par minute : (infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, 2 pots; 12 gr. de digitale sur la surface du vésicatoire).

7. Palpitations très-légères. 82 pulsations. Bruit de râpe dans la région précordiale. Sueurs copieuses : (même prescription.)

8. Calme dans la journée. La nuit, palpitations durant une heure à peu près. 82 pulsations : (*ut suprà*, 3 bouillons, 1 tasse de lait).

8. Palpitations très-légères. Sommeil dans la nuit : (*ut suprà;* potion gommeuse avec 2 onces de sirop de pointes d'asperges pour 6 onces. On oublie de prescrire la digitale).

Pendant les trois jours suivans, on ne met plus de digitale sur la surface du vésicatoire : la malade cependant va bien et urine plus abondamment.

Le 12, on prescrit 15 gr. de digitale sur le derme; le reste *ut suprà.*

13. 72 pulsations. Urines copieuses : (même prescription).

24. 64 pulsations. Urines abondantes. Sommeil bon. Pas de palpitations : (*ut suprà*).

15. La malade restait deux heures hors du lit sans éprouver de palpitations. Urines copieuses. 64 pulsations. Pas de palpitations : (même prescription).

17. Palpitations. 72 pulsations : (*ut suprà*, le quart.)

Les jours suivans, la malade reste dans un bon état, et n'éprouve que des palpitations très légères.

26. 64 pulsations. Palpitations produites par l'émotion occasionée par la mort d'une malade atteinte d'une pareille affection. Le vésicatoire commence à sécher : (*ut suprà*, pas de digitale).

28. La malade reçoit la nouvelle de la mort de sa mère, ce qui lui produit des palpitations : (*idem.*)

Les jours suivans, la malade reste calme et n'éprouve que de très-légères palpitations, occasionées par différentes affections morales. Le 5 mai, elle quitte l'hôpital dans un état satisfaisant. Mais, au bout de 13 jours, une nouvelle attaque de rhumatisme l'oblige de rentrer à l'hôpital.

Cette observation, de prime abord, moins concluante que la précédente, n'en démontre pas moins l'efficacité de la digitale employée par la méthode endermique. La constitution délicate de la malade et sa grande suscep-

(1) Le rhumatisme articulaire aigu étant une inflammation des synoviales, il n'est pas étonnant qu'il soit compliqué si souvent des inflammations des autres membranes séreuses et de celle du péricarde en particulier. D'un autre côté, rien n'est plus commun que la péricardite compliquée de l'inflammation de la membrane interne du cœur qui, comme on le sait, donne naissance à tant de lésions organiques du centre circulatoire.

tibilité aux moindres émotions, furent la cause de la mobilité extrême du pouls.

Nous avons vu, dès le premier jour de l'application de la digitale sur le derme, les palpitations diminuer d'intensité, le pouls descendre de 100 à 82, et, dans trois jours, tomber jusqu'à 64, les urines devenir plus copieuses. Je n'ignore pas qu'ici on pourrait dire que cette amélioration est survenue les jours où la malade ne prenait point de digitale; mais il faut savoir que cette substance a une action lente et durable, qu'une fois prise à dose assez considérable, ses effets n'en persistent pas moins quelque temps, quoique son usage soit interrompu. C'est ainsi que nous avons vu un malade tomber à deux reprises dans le délire après un usage prolongé de la digitale. On a suspendu chaque fois l'usage de cette substance, et le malade n'en a pas moins continué, pendant plusieurs jours, de rêver à son pays et de vouloir s'habiller pour aller travailler aux champs.

Il n'est donc pas étonnant que l'effet de la digitale soit devenu dans notre observation plus actif les quatrième, cinquième et sixième jours du traitement, quoique alors on ait interrompu l'usage de la digitale. Dès qu'on eut repris l'emploi de la digitale, les palpitations devinrent moins violentes, la malade dormit tranquillement, et n'éprouva pas d'éblouissemens. Quelques nouvelles émotions qu'elle éprouva, tantôt de la nouvelle de la mort de sa mère, tantôt à la vue de sa voisine agonisante, ont troublé, il est vrai, ce bon état, mais ce n'était que passagèrement; les urines devenaient de plus en plus copieuses. Après la dessication de la surface absorbante, la malade resta plus d'un mois à l'hôpital dans un état très-satisfaisant qui lui permit de sortir au bout de ce terme.

Observation III. — *Hypertrophie considérable du cœur, avec induration des valvules.*

Caron Clotilde, âgée de 54 ans, journalière, mariée, n'avait jamais eu d'enfans. Bien réglée depuis sa vingtième année, elle a eu à 42 ans les règles supprimées, et elles n'ont pas reparu depuis.

Elle jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ans, elle a commencé à éprouver des étouffemens et des palpitations de cœur. Il y a un mois, elle a craché du sang; et, depuis ce moment, ces crachemens lui sont revenus à plusieurs reprises. Depuis le commencement de sa maladie, elle est entrée dans plusieurs hôpitaux, où elle se trouvait beaucoup soulagée par l'emploi combiné des émissions sanguines et de la digitale. Il n'y a que 3 semaines, ses jambes commencèrent à enfler; et l'enflure augmentait lorsque la malade était debout.

Le 16 avril, la malade est entrée à l'hôpital de la Charité, au n. 6 de la salle Ste-Madeleine.

Le 17, elle présentait l'état suivant : Visage bouffi, lèvres violettes, jugulaires distendues, infiltration des membres inférieurs, avec refroidissement des extrémités; matité dans la région précordiale, qui s'étend dans l'étendue de quatre pouces et demi en travers et de quatre pouces sept lignes de bas en haut; frémissement cataire, bruit de scie continu que l'on entend même en arrière du même côté; pas de pouls veineux; 112 pulsations.

On veut prescrire la digitale en potion, mais la malade assure que son estomac ne peut plus la supporter, et qu'elle lui produisait de nombreux vomissemens : (saignée de 3 palettes, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger, 2 pots; vésicatoire sur la région précordiale, 3 bouillons, 2 crêmes de riz, 2 tasses de lait).

18. Même état. Potion gommeuse, avec 1 once de sirop de pointes d'asperges. 12 gr. de digitale sur la surface du vésicatoire.

19. Insomnie. La malade est obligée de garder toujours la position assise. Peu d'urines. Sueurs copieuses. Le ventre et les membres abdominaux sont enflés : (*ut suprà*).

Les jours suivans, on n'aperçoit encore aucune amélioration sensible.

Le 22. Urines plus abondantes. 80 pulsations, tandis qu'il y en avait 112 à l'arrivée de la malade : (*ut suprà*).

25. La malade rend à peu près deux fois autant d'urines que les premiers jours. Les palpitations sont plus faibles et moins fréquentes. L'enflure des membres et du ventre persiste : (*ut suprà*).

27. 80 pulsations. Urines copieuses : (même prescription, on ajoute 6 grains de digitale dans la potion gommeuse).

28. Urines abondantes. Membres abdominaux en partie désenflés. Mais le vésicatoire étant presque sec, on supprime l'emploi de la digitale par la méthode endermique : 8 gr. de digitale dans une potion, avec 3 onces de sirop de pointes d'asperges, 1 œuf.

Les jours suivans, la malade reste dans le même état; elle supporte assez bien la digitale; mais, le 8 mai, il lui survient du dévoiement avec des coliques : (même prescription).

9. Vomissement : (*ut suprà*).

10. Le vomissement continue : (même prescription). On suspend le sirop de pointes d'asperges).

Cet état continue jusqu'au 17. Le traitement est toujours le même. La malade éprouve beaucoup d'étouffement, et les membres sont très-enflés. Dévoiement : (infusions de fleurs de violette de guimauve, 2 pots; un vésicatoire sur la région précordiale; 3 bouillons; 3 potages).

10. On applique 10 gr. de digitale sur la surface du vésicatoire. Le reste *ut suprà*.

19. Pas de soulagement manifeste. Urines troubles. Il est cependant à noter que le dévoiement a diminué considérablement : (même prescription.)

Les jours suivans, aucun soulagement manifeste.

Le 23, tous les symptômes s'exaspèrent; et, le 24, la malade succombe.

Autopsie. 24 heures après la mort.

Le cœur remplit les deux tiers du côté gauche de la poitrine; il est plus gros que celui d'un bœuf. Le feuillet cordial du péricarde est parsemé dans plusieurs endroits

de plaques fibro-cartilagineuses d'une couleur laiteuse. Le poumon gauche est tout à fait refoulé vers la partie supérieure de la poitrine. Toutes les cavités du cœur sont hypertrophiées, mais le ventricule droit l'est plus que le gauche proportionnellement. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont très-épaissies et crient sous le scalpel. Les lames de la valvule bicuspide sont hypertrophiées.

Dans cette observation, il s'agissait d'une malade qui était déjà sur le point d'être étouffée. Sa constitution anémique ne permettant plus de penser à des émissions sanguines, on s'est borné à une seule saignée.

C'est avec la digitale qu'on pouvait encore espérer prolonger ses jours. Mais son estomac ayant été déjà à plusieurs reprises en contact avec cette substance, ne pouvait plus la supporter, et la rendait par le vomissement aussitôt après son ingestion. Cependant la malade, se souvenant qu'elle avait toujours été beaucoup soulagée par la digitale, accepta avec plaisir de l'employer par une autre voie.

Le lendemain de l'application d'un vésicatoire on lui mit 10 gr. de digitale sur le derme.

Au bout de 4 jours, le pouls qui était à 112 à l'arrivée de la malade est tombé à 80, et elle commença à uriner davantage. Cet état a continué les jours suivans, les urines étaient de plus en plus copieuses, les palpitations se calmèrent, cependant l'enflure des membres ne diminua pas. C'est pour la dissiper qu'on a prescrit 6 gr. de digitale en potion, pour augmenter l'effet de celle qui était appliquée sur le vésicatoire. Dès le lendemain, le bon effet de cette médication est devenu encore plus manifeste. Les urines augmentèrent et les membres désenflèrent sensiblement. Mais le vésicatoire sèche, on ne donne plus de digitale qu'à l'intérieur. Bientôt surviennent des vomissement et la diarrhée, ce qui oblige à suspendre la méthode ordinaire et à lui substituer la méthode endermique. Dès le lendemain, le vomissement et la diarrhée cessent; mais la lésion du cœur était déjà trop avancée, les poumons gorgés de sang en grande partie empêchaient la circulation veineuse, ce qui a été la cause de l'enflure presque permanente des membres. Et d'ailleurs la malade n'avait presque qu'un seul poumon pour respirer, car le gauche était réduit à un noyau très-petit, étant refoulé et comprimé par le cœur hypertrophié. Donc la mort était inévitable.

Observation IV. — *Battemens de l'aorte abdominale.*

Basin (Jean-Baptiste), âgé de 45 ans, manouvrier, est entré le 28 juin 1834, à l'hôpital de la Charité, au n° 17 de la salle St-Jean-de-Dieu. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, lorsqu'il y a 4 mois il commença à éprouver des battemens de l'aorte à la région épigastrique. Pendant les 3 semaines suivantes il vaquait encore à ses occupations, mais depuis ce temps les battemens ayant augmenté d'intensité l'ont obligé de garder le repos. Toutes les fois que le malade monte les escaliers, marche un peu plus vite qu'à l'ordinaire ou reçoit une impression morale (il est très-impressionnable), les battemens redoublent de force.

A son arrivée à l'hôpital, il présente l'état suivant : Constitution assez forte, tempérament éminemment nerveux; les battemens de l'aorte vers l'épigastre, très-appréciables à l'œil, augmentent de fréquence pendant la visite. La main, appliquée à cet endroit, reçoit une forte impulsion. On n'y sent aucune impulsion. L'auscultation n'y trouve aucun bruit anormal. Rien du côté du cœur : les autres fonctions se font bien.

Pendant les deux premiers jours, on donne au malade l'infusion de tilleul et d'oranger et la demi-portion d'alimens. Dès le troisième jour, on commence à employer la digitale, dont il prend 10 gr. tous les jours suivans, en potion. Au bout de 8 jours de son traitement, les battemens de l'aorte n'étaient pas manifestement ralentis. Le 9 juillet, on applique un vésicatoire sur la région épigastrique.

10. 76 pulsations. On laisse tomber sur la surface du derme dénudé 18 gouttes de teinture de digitale, et on panse de suite la plaie avec du cérat simple.

11. L'application de la teinture de digitale a déterminé immédiatement sur le vésicatoire une douleur vive qui s'est prolongée toute la journée, et les battemens de l'aorte sont devenus très forts. 96 pulsations pendant la visite. On lui applique 18 nouvelles gouttes de la même teinture.

12. 92 pulsations. Le malade a toujours beaucoup souffert de la plaie; mais les battemens ont diminué d'intensité. La plaie est d'un rouge vif, mais sans fausses membranes : (infusion de tilleul et d'oranger. 10 gr. de digitale en poudre sur le vésicatoire. 1 huitième).

13. Le malade n'a pas souffert. Les battemens sont devenus moins forts; mais ils s'accélèrent pendant la visite. 80 pulsations.

Des affaires de famille obligent le malade à quitter l'hôpital.

Cette observation, quoique non terminée, n'en démontre pas moins l'énorme différence qui existe entre l'action de la digitale en poudre et celle de sa teinture. L'irritation qui est l'effet immédiat du contact des principes alcooliques de cette dernière avec la surface du derme, doit engager tous les praticiens à lui préférer la poudre qui, dans cette observation, n'a pas tardé à ralentir le pouls, comme dans les précédentes, et à diminuer la force des battemens de l'aorte.

Récapitulation.

Dans les quatre observations que nous venons de rapporter, nous avons pu reconnaître que l'action de la digitale employée par la méthode endermique, était incontestable et tout à fait analogue à celle que produit cette substance administrée à l'intérieur. C'est ainsi que nous avons vu dans la deuxième observation, dès le lendemain de l'application de cette substance sur le derme dénudé, le pouls descendre à 82, et en quelques jours à 64, de 100 où il était à l'arrivée de la malade à l'hôpital.

C'est par la même action que, dans la même observation, le pouls de 112 où il était le premier jour, est descendu à 80, après quatre jours de traitement; et dans la quatrième observation, de 92 à 80 dans un jour. L'observation première nous prouve l'identité d'action de la digitale employée par les deux méthodes. En effet, la malade n'a que 22 gr. de cette substance à l'intérieur, et de suite son pouls est tombé à 64, de 120 où il était à son arrivée. Les vomissemens empêchent de continuer plus long-temps la méthode ordinaire; on lui substitue la méthode endermique et la digitale n'en continue pas moins à produire les bons effets obtenus par la première méthode, et même au bout d'un certain temps, elle fait tomber le pouls jusqu'à 52 pulsations par minute. Il nous paraît donc de toute évidence que la digitale administrée par la méthode endermique, n'agit pas moins sur le centre circulatoire que si elle était administrée à l'intérieur, et que la différence entre la vitesse d'absorption du tube digestif et celle du derme, est la seule cause de la rapidité plus ou moins grande de son action.

Cette opinion deviendra encore plus fondée, si nous observons qu'aussitôt que, dans la première observation, le vésicatoire s'est séché, et que la digitale n'a plus été absorbée, le pouls a repris de suite sa fréquence.

Quant à l'action de la digitale employée par la méthode endermique sur l'absorption des liquides et la sécrétion urinaire, celle-ci ne nous paraît pas moins évidente. Nous avons pu remarquer, dans la première observation, que le ventre est revenu à son volume normal au bout de quelques jours de l'emploi de la digitale par cette voie; l'enflure des membres n'a pas moins diminué chez la femme de la troisième observation, quoique un peu plus tard que chez la malade précédente.

Chez toutes, les urines devenaient de plus en plus copieuses, à mesure que l'on continuait d'appliquer la digitale sur la surface du vésicatoire.

La troisième propriété attribuée par tous les thérapeutistes à la digitale prise à l'intérieur, est celle d'irriter l'estomac et le reste du tube digestif, de produire le vomissement et la diarrhée, tandis que la même substance employée par le derme, ne produit pas ces effets (1).

Nous avons pu vérifier dans nos observations, la réalité de cette assertion. Les malades qui sont les sujets de la première et de la troisième, vomissaient et avaient la diarrhée aussitôt qu'elles prenaient la digitale pendant deux ou trois jours, et ces symptômes s'arrêtèrent au contraire chaque fois qu'on eut recours à la méthode endermique.

Nous ne prétendons pas pourtant affirmer que la digitale employée par cette dernière méthode, ne puisse jamais produire le vomissement et la diarrhée. Les expériences faites par M. le professeur Orfila sur les effets de la digitale déposée dans le tissu cellulaire sous-dermique, nous paraissent démontrer le contraire. Mais toujours est-il que cet effet doit arriver bien plus tard dans le cas où on applique la digitale sur la surface du derme; et il est même très-probable qu'il n'aura jamais lieu avec les doses employées ordinairement en médecine. Cette différence de l'action de la digitale sur le tube digestif, nous présente dans la méthode endermique une précieuse ressource thérapeutique.

D'après ces détails, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la digitale en poudre peut être absorbée par le derme dénudé.

2° Qu'introduite par cette voie, elle a deux actions principales : ralentir les battemens du centre circulatoire, et augmenter l'absorption des liquides et la sécrétion urinaire.

3° Qu'elle partage ainsi ces deux propriétés avec la digitale employée à l'intérieur.

4° Que toute la différence sous ce point de vue entre ces deux méthodes ne dépend que de la plus ou moins grande activité de l'absorption dans le derme et dans le tube digestif.

5° Que la digitale employée long-temps à l'intérieur produit des vomissemens et la diarrhée, et que si la même substance, appliquée par la méthode endermique, pouvait produire le même effet, ce ne serait qu'après un temps beaucoup plus long de son emploi.

6° Que dans tous les cas où il faudra ralentir la circulation, activer l'absorption des liquides, la digitale pourra être très-bien employée par la méthode endermique, et que le médecin devra choisir cette méthode, lorsqu'il se proposera d'obtenir ces effets chez un individu ayant les voies digestives enflammées (1).

---

(1) Nous ne parlons ici que de ces trois propriétés; si nous voulions les passer toutes en revue, il nous faudrait parler de l'action que produit la digitale employée par ces voies sur les facultés intellectuelles, etc., etc. Certes, l'usage prolongé de cette substance, quelque soit la méthode de son administration, ne tarderait pas à produire du délire, mais ce phénomène se manifesterait sans doute encore plus tard dans le cas de l'emploi de la digitale par le derme, ce serait un fait qui militerait en faveur de cette méthode.

(1) On pourrait m'objecter qu'il vaut mieux, dans ce cas, administrer la digitale en lavement que de faire supporter aux malades la douleur du vésicatoire, mais nous répondrons : 1° que dans aucune de nos observations nous n'avons vu que ces douleurs fussent très-vives; 2° que supposant le gros intestin à l'état sain, l'action irritante de la digitale employée en lavemens, la fera rendre aux malades aussitôt qu'ils les auront pris; alors cette substance ne pourra produire d'effet; que supposant le gros intestin irrité ou enflammé, il serait imprudent de le vouloir irriter encore davantage. Lorsque nous avons émis cette opinion, nous ne l'avons donnée que comme probable. Cependant la résolution de ce problème nous a paru d'autant plus intéressante que l'action de la digitale administrée par le gros intestin n'avait pas été expérimentée, même par M. le professeur Orfila.

Nous avons entrepris à ce sujet des recherches dont voici le résultat: le 23 juin nous avons administré deux gros de digitale

7° Qu'il ne sera pas prudent de commencer le traitement par l'application de la digitale sur le derme. Les malades pourraient s'en dégoûter bientôt; et on perdrait ainsi une des principales ressources.

Mais il ne suffit pas d'indiquer une méthode dans le traitement d'une maladie, il s'agit aussi d'enseigner les moyens de son application : la manière de mettre le vésicatoire, le choix parmi ses différentes espèces, entreront dans les règles générales que nous tracerons plus tard.

Cependant, disons un mot du lieu de son application : quoique nous n'ayons pas observé assez de faits pour conclure positivement, il nous paraît néanmoins que c'est toujours le plus près de l'organe malade qu'il faudra établir une surface absorbante. C'est ainsi que lorsqu'on se proposera de ralentir les battemens du cœur et de résorber les liquides amassés consécutivement à des maladies du centre circulatoire, c'est sur la région précordiale qu'il faudra appliquer le vésicatoire, tandis que, lorsqu'on voudra accélérer l'absorption des liquides ramassés, soit dans les grandes cavités, soit dans le tissu cellulaire des membranes à la suite d'une hypercrinie active; c'est tantôt sur les parois de ces cavités, tantôt sur les membres que le vésicatoire devra être posé.

C'est la digitale en poudre que nous avons employée le plus souvent dans nos observations; cependant nous croyons que l'extrait de cette substance pourrait très-bien la remplacer (1).

Nous ne pensons pas de même de la teinture qui, à cause de ses principes alcooliques, irrite, comme nous l'avons vu dans notre dernière observation, la surface du vésicatoire, et empêche ainsi l'absorption.

Quand à la dose, nous croyons qu'en substance, on peut commencer par l'appliquer chez les adultes 8, 10 gr., et augmenter progressivement. L'âge doit modifier les doses. L'extrait, contenant des parties plus actives, doit être employé à dose moins considérable.

Pour compléter tout ce que j'avais à dire de la digitale, employée par la méthode endermique, je dois ajouter encore qu'après une application prolongée de cette substance; le derme s'imbibe de sa matière colorante verte, et présente l'aspect de quelques *nævus*, ce qui inquiète quelquefois les malades, et blesse la coquetterie des femmes qui se croient condamnées à porter ces marques pour toujours. Mais bientôt elles commencent à se consoler, lorsque, après avoir pris plusieurs bains, la tache disparaît. Il est cependant à noter que cela n'arrive le plus ordinairement qu'au bout de quelques semaines. La malade, qui était le sujet de la deuxième observation, portait une marque pareille; et c'est à peine vers la fin de son long séjour à l'hôpital qu'elle à disparu.

---

en poudre suspendue dans un verre d'eau, en lavement à un chien d'une taille moyenne; 25 minutes après l'injection l'animal a vomi de l'écume blanche, teinte de bile; 31 minutes, second vomissement semblable; 32, déjection par l'anus de matières très-liquides, copieuses, verdâtres. (J'ai oublié de compter le pouls avant l'administration du lavement, mais dans ce moment l'artère crurale m'offre 83 puls. irrégulières.) 37 et 40 minutes, vomissemens accompagnés de beaucoup d'efforts; 42, dévoiement semblable au premier, mais avec beaucoup d'épreintes; 45, 48, vomissemens d'écume blanche; 52, efforts violens sans vomissement; 56, l'artère crurale offre 64 pulsat. par minute; 1 heure et 7 minutes après le lavement, vomissement d'écume blanche avec beaucoup d'efforts; 1 heure et 15, vomissement d'écume teinte fortement de bile; 1 heure 25, 1 heure 28, idem; 2 heures et 7 minutes, vomissemens d'écume blanche, teinte légèrement de bile; 3 heures et 3 minutes, vomissemens d'écume bilieuse. Les frissons empêchent de compter le pouls. Le reste de journée l'animal est assoupi; dans la nuit il rend des urines copieuses. Le lendemain il est revenu à son état normal.

Nous voyons d'après cette expérience se confirmer tout à fait notre conjecture. L'action de la digitale administrée en lavement était très-prompte sur les voies digestives. Il est vrai que le pouls est devenu de plus en plus lent, cependant cet effet n'aurait pu durer long-temps, parce que la plus grande partie de la digitale fut rejetée par l'anus bientôt après son administration. D'ailleurs les nombreux efforts de vomissement accélérant le mouvement circulatoire, contrebalanceraient cet effet sédatif. Nous croyons donc que dans tous les cas où il y aura une contre-indication à administrer la digitale par la bouche, il vaudra mieux l'appliquer sur le derme dénudé que de la donner en lavement.

(1) Selon les expériences de M. Orfila, l'action de l'extrait résineux de la digitale est plus forte que celle de l'extrait aqueux, et la poudre est moins active que celui-ci. Ce célèbre toxicologiste s'est assuré aussi que la digitale agit avec beaucoup d'énergie lorsqu'elle est injectée dans les veines; que son action est moindre lorsqu'on l'applique sur le tissu cellulaire et beaucoup moindre encore lorsqu'on l'introduit dans le tube digestif. (*Traité des poisons*, tome 2, p. 293.)

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

AVRIL 1835.

Observation de colique nerveuse traitée par la méthode endermique ; inoculation de la blennorrhagie chez deux sujets atteints de douleurs abdominales.

Un jeune homme sujet à des douleurs névralgiques, dont le siége était ordinairement dans la cuisse droite, sur le trajet du nerf sciatique, vit tout-à-coup ces douleurs remplacées par des coliques extrêmement violentes, qui augmentèrent encore, lorsqu'étant en sueur il se fut laissé tomber dans un courant d'eau assez profond. Son médecin pratiqua de nombreuses émissions sanguines tant générales que locales, sans aucun succès ; les fomentations émollientes, les bains, les lavemens, etc., n'avaient pas eu plus d'effet, lorsque, vers le quinzième jour, M. le docteur Dorte, résidant à la Teste, fut appelé. Ce médecin crut reconnaître une névrose, et mit en usage les divers antispasmodiques employés en pareils cas, tels que le camphre, l'opium sous toutes les formes, l'assa-fœtida en lavement, les cataplasmes avec les feuilles de *datura stramonium ;* mais les effets en furent absolument nuls. Il résolut alors d'avoir recours aux narcotiques, administrés par la méthode endermique, et étendit deux grains de sulfate de morphine sur des vésicatoires placés le long de la colonne vertébrale à la région lombaire. Dès la première application, les douleurs remontèrent dans la région de l'estomac ; deux nouveaux vésicatoires placés plus haut, et saupoudrés de la même quantité de ce sel, enlevèrent complètement la douleur. Au bout de deux jours, il y eut une rechute, mais la guérison fut obtenue de la même manière. Ce malade s'est servi plusieurs fois, depuis cette époque, de ce narcotique ainsi administré, et il s'en est toujours très-bien trouvé.

(*Bull. méd. de Bordeaux.*)

Réflexions. La méthode endermique, dont les praticiens font un usage général depuis quelques années seulement, est un moyen avantageux d'introduire les médicamens actifs dans l'économie sans irriter l'estomac ; mais on a peut-être trop compté sur son action, en vantant outre mesure ses précieux effets. Aujourd'hui l'expérience à prouvé, que dans un très-grand nombre de cas, les médicamens ainsi administrés n'avaient qu'une action très-faible et même quelquefois tout-à-fait nulle, et qu'on ne devait pas compter sur ce moyen quand il était urgent d'obtenir la guérison. Il faut cependant peut-être en excepter les névralgies, contre lesquelles les narcotiques, administrés par la méthode endermique, ont des effets souvent merveilleux ; l'observation qu'on vient de lire en est un exemple remarquable. On peut dans ces cas, pour ne pas perdre un temps précieux par l'application du vésicatoire, dont l'action exige plusieurs heures, faire usage de la graisse ammoniacale qui, à l'aide d'une ou deux onctions, enlève l'épiderme au bout de quelques minutes (1).

Il est souvent fort difficile de décider si certaines coliques opiniâtres sont de nature nerveuse ou inflammatoire, et lorsque tous les moyens rationnels ont échoué, il faut bien recourir à ceux que nous dictent la nécessité et l'inspiration du moment. Nous en avons vu dernièrement deux exemples remarquables.

Un homme entra à l'hôpital des Vénériens sans symptômes syphilitiques apparens, mais il avait eu une blennorrhagie dix-huit mois auparavant, et lui attribuait une foule de maux dont la plupart étaient imaginaires. Il souffrait, disait-il, dans la tête, dans la poitrine, dans les hypocondres. Il urinait avec beaucoup de difficulté, éprouvait des picotemens dans l'urètre, et tout cela depuis que sa blennorrhagie avait été *mal guérie.* Cet homme était triste et morose, et demandait instamment l'emploi des moyens violens qui le débarrassassent de maux insupportables. Cependant l'examen le plus attentif ne démontrait la souffrance d'aucun organe, le canal de l'urètre était libre, le malade urinait sans difficulté, bien qu'il prétendît le contraire ; enfin, il était aisé de voir que s'il souffrait, il exagérait singulièrement ses souffrances. Plusieurs moyens avaient déjà été employés inutilement, il avait été même soumis à l'emploi des mercuriaux à l'intérieur, et il portait encore dans l'hypocondre du côté droit des traces d'un large vésicatoire.

M. Cullerier résolut, autant pour calmer l'imagination du malade que pour faire une révulsion salutaire si quelque organe était affecté, de faire reparaître la blennorrhagie, et à cet effet, après avoir recueilli sur une sonde du pus blennorrhagique pris dans l'urètre

(1) Axonge, un gros ;
Suif de mouton, six grains.
Mêlez exactement et incorporez promptement :
Ammoniaque liquide, un gros.

H.

du malade voisin, il l'inocula en maintenant cette sonde dans le canal pendant quelques heures. Trois jours après, l'urètre était enflammé, et bientôt un écoulement abondant se manifesta. Le malade assura aussitôt être débarrassé de toutes ses douleurs. Devait-on croire à la vérité de cette assertion, ou expliquer cette prétendue amélioration par l'effet produit sur son imagination? c'est ce que nous ne chercherons pas à décider. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après trois semaines de repos et d'un régime léger, la blennorrhagie cessa de couler, et le malade sortit de l'hôpital, assurant être bien guéri.

Le même moyen a été tenté chez un jeune homme qui est encore dans les salles, et qui se trouvait à peu près dans le même cas. Ce malade, qui est évidemment hypocondriaque, déclara également être fort soulagé lors de l'apparition de la nouvelle blennorrhagie; mais cette inoculation a eu des effets beaucoup plus violens que dans l'observation précédente; il y eut, comme on dit, *chaudepisse cordée*, et il fallut appliquer des sangsues pour combattre la douleur, qui était extrême. Aujourd'hui le fond de la gorge participe à l'inflammation : c'est évidemment l'angine blennorrhagique qu'ont signalée certains auteurs. Le malade, en proie à ses nouvelles souffrances, a oublié les anciennes; mais il est à craindre qu'on ait seulement ajouté une autre maladie à celle qui existait déjà.

On ne saurait décider si les coliques qu'éprouvaient ces deux malades étaient dues à une névrose ou à quelque inflammation chronique de l'intestin, car, dans l'un et l'autre cas, l'inoculation du pus blennorrhagique aurait pu avoir une salutaire influence en calmant l'imagination des malades, ou en déterminant une abondante sécrétion morbide. Nous croyons toutefois que ce moyen doit être réservé pour un très-petite nombre de cas, et qu'il ne doit être employé qu'avec la plus grande réserve, et en quelque sorte en désespoir de cause.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

—

Considérations pratiques sur la syphilis constitutionnelle et les symptômes par lesquels elle se manifeste : symptômes successifs ou secondaires et consécutifs. Revue des affections consécutives que l'on observe dans ce moment dans les salles des Vénériens.

L'existence d'un virus syphilitique a été, comme chacun sait, mise en doute dans ces dernières années, et on a cherché à expliquer de différentes manières, et sans le secours de cet agent, les symptômes qui se développent tardivement dans la plupart de nos tissus. M. Cullerier croit à l'existence d'un virus comme cause de propagation de la maladie, mais il rejette les théories admises par les auteurs sur cette cause première des maux vénériens. Ainsi ce chirurgien ne croit pas qu'il soit tantôt *bénin* et tantôt *malin*, mais il explique les ravages plus ou moins grands qu'il produit par la disposition dans laquelle se trouvent les individus affectés. Il n'admet point que le mercure soit son spécifique, puisqu'une foule d'autres moyens font cesser les effets de la syphilis, et que souvent au contraire ce métal reste tout-à-fait sans action contre eux. Enfin il est porté à adopter l'opinion de ceux qui pensent que le développement d'accidens consécutifs est dû non au long séjour du virus dans l'économie où il sommeille pour ainsi dire pendant plusieurs années, mais à une sorte d'habitude qui fait que des tissus une fois affectés tendent à le devenir une seconde fois, et que l'irritation ainsi reproduite se propage toujours plus profondément d'un organe à un autre.

Quelque théorie qu'on se forme du virus syphilitique, il est des vérités qu'on ne peut nier, parce qu'elles sont l'expression de faits nombreux que chacun a pu observer. C'est ainsi qu'on s'est accordé pour diviser les symptômes syphilitiques en primitifs et en consécutifs, c'est-à-dire en symptômes survenus peu de temps après l'infection, et en symptômes survenant un temps plus ou moins long après la disparition de ceux-ci.

Mais nul n'a précisé le temps nécessaire qui a dû s'écouler pour que les accidens fussent rangés dans l'une ou l'autre classe. Dans la stricte acception du mot, le chancre serait le seul symptôme primitif, car il est le seul résultat d'une infection directe, le bubon n'est déjà plus que secondaire. La blennorrhagie, si on l'admet comme symptôme de syphilis, serait dans la même classe que l'ulcère syphilitique, mais l'orchite ne serait déjà plus que secondaire.

Ce n'est point l'acception la plus généralement donnée à ce mot, et l'on ne considère comme consécutifs que les symptômes qui dénotent une affection ancienne; ainsi la blennorrhagie, l'orchite, l'ulcère, le bubon, sont rangés dans la classe des symptômes primitifs; ceux qui surviendront après une guérison apparente, tels que les chancres de la gorge, les exostoses, la carie, etc., seront considérés comme consécutifs. Mais il est une sorte de symptôme mixte, qui établit un passage de l'accident primitif à l'accident consécutif, c'est celui que M. Cullerier a désigné sous le nom de successif ou secondaire. Ainsi prenons pour exemple les pustules muqueuses qui succèdent à une blennorrhagie : on les voit souvent garnir en quelque sorte la vulve et l'anus, se montrer avec leurs caractères indiqués à précédemment dans la bouche, les oreilles, sous les aisselles, au cou; puis dans les parties environnantes se développent des boutons qui déjà revêtent l'aspect de la syphilide, et sur le reste du corps enfin une véritable éruption pustuleuse ou papuleuse et qui annonce que l'infection est devenue générale.

L'observateur peut donc remarquer une succession de symptômes : blennorrhagie d'abord, éminemment contagieuse et survenue peu de temps après un coït impur : pustules muqueuses qui déjà ne sont plus contagieuses, mais qui guérissent à peu près aussi rapidement

que les symptômes primitifs ; enfin syphilide générale non contagieuse, de difficile guérison, et souvent suivie d'accidens plus graves encore.

Il en est de même de l'ulcère du gland : survenu peu de temps après un coït impur, il peut être suivi d'un bubon, d'une syphilide légère, et enfin d'un ulcère de la gorge. Dans ces deux cas, la blennorrhagie, le chancre et le bubon sont les accidens primitifs, les pustules muqueuses et la syphilide sont les symptômes secondaires ou successifs ; enfin l'ulcère de la gorge et les autres accidens sont consécutifs, et annoncent une affection beaucoup plus grave.

D'autres fois, et c'est le plus souvent peut-être les symptômes consécutifs se manifestent au bout d'un temps assez long, sans apparition de cette espèce mixte qu'on désigne sous le nom de secondaire ; mais il est à remarquer qu'alors ils sont beaucoup plus graves et qu'il est fort difficile même d'en débarrasser complètement l'économie.

Les symptômes successifs sont assez communs chez les malades qui ont négligé leur affection primitive, et chez quelques-uns de ceux qui ont suivi le traitement simple, sans mercure ; mais les symptômes consécutifs, dénotant une syphilis constitutionnel, s'observent presque constamment chez les sujets qui ont fait usage de préparations mercurielles. Il est même certains symptômes qui ne s'observent jamais ou presque jamais que lorsque les malades ont pris du mercure : telles sont les douleurs ostéocopes, la carie des os, et surtout l'exostose. Il est des médecins qui ont attribué cette dernière affection uniquement à l'usage de ce métal ; sans partager entièrement cette opinion, M. Cullerier croit cependant que le mercure n'est pas étranger au développement de ce symptôme, car il n'a jamais rencontré qu'un seul individu atteint d'exostose, qui n'eût pas pris, à une époque plus ou moins éloignée, une préparation mercurielle quelconque; encore les rapports de ce malade n'étaient-ils pas tellement précis, qu'on ne pût conserver quelque doute à ce sujet. Mais comme, d'un autre côté, le mercure ne produit guère cet accident quand il est administré contre une maladie autre que la syphilis, M. Cullerier serait porté à croire que le mercure a la propriété d'exciter en quelque sorte le virus syphilitique de manière à favoriser le développement de l'exostose.

Mais ce symptôme consécutif n'est pas le seul sur la nature duquel il s'élève des doutes : les ulcères du nez et du fond de la gorge, comme nous en avons cité des exemples les tubercules sous-cutanés, l'alopécie, le tremblement, en un mot la plupart des accidens consécutifs ont été attribués souvent, soit à la syphilis, soit aux remèdes employés, soit enfin à des causes générales, tout-à-fait étrangères à la maladie qui nous occupe. De plus, il n'est pas toujours facile de distinguer les symptômes primitifs, des symptômes consécutifs ; de déclarer, par exemple, si un bubon qui se manifeste sans ulcérations bien marquées du gland est le résultat d'une infection générale ; si une ulcération des lèvres annonce un contact direct du virus, ou son introduction dans toute l'économie. On voit donc que l'étude des symptômes syphilitiques consécutifs est encore extrêmement obscure, et que les recherches auxquelles nous allons nous livrer peuvent offrir un très-grand intérêt pour la pratique ; mais avant de citer des faits particuliers, il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations générales sur l'état, le nombre et la variété des affections consécutives, que l'on rencontre dans les salles des Vénériens.

Nous avons eu occasion de dire ailleurs que les affections consécutives étaient infiniment plus rares et en même temps moins graves qu'elles ne l'étaient il y a un certain nombre d'années. Ainsi, sur un total de deux cents malades dans l'hôpital, on en rencontre habituellement tout au plus quinze ou vingt qui offrent des symptômes syphilitiques consécutifs (1) (nous en excepceptons toutefois les pustules muqueuses, qui sont excessivement communes chez les femmes).

Ce petit nombre surprendra sans doute ceux de nos confrères qui sont encore persuadés qu'en n'administrant pas le mercure, on ne fait que pallier les symptômes primitifs, puisque, depuis près de dix ans, ce métal n'est réservé dans cet hôpital qu'à un certain nombre de cas rebelles, et que la plupart des malades sortent après avoir été soumis à un traitement simple ; mais ils auront encore bien plus sujet de s'étonner quand ils sauront que la presque totalité de ces malades chez lesquels des récidives se déclarent, s'étaient soumis à un traitement mercuriel régulier, lors de l'apparition des symptômes primitifs. Voici au reste le relevé des affections consécutives qui se trouvaient dans le service de M. Cullerier, le 17 mars, salles des hommes.

Au n° 6 de la seconde salle est un jeune homme qui a des tubercules ulcérés sur plusieurs points du corps. Il y a trois ans, il eut une blennorrhagie contre laquelle il ne fit aucun traitement, puis il survint des chancres qui furent traités pendant plusieurs mois par des préparations mercurielles. Un an après il eut un ulcère de la gorge, puis des tubercules.

N° 10. *Ulcérations de la gorge.* Il y a trois ans, cet homme eut un chancre au gland qui fut cautérisé. Un bubon s'étant développé, il prit des pilules mercurielles pendant sept semaines, et fut entièrement guéri.

N° 11. *Exostose des deux tibias.* Il y a six ans, cet homme eut une blennorrhagie et des chancres pour lesquels il prit la liqueur de Van-Swieten pendant vingt-cinq jours seulement. Il était bien guéri en apparence, mais au bout de trois ans il survint une éruption contre laquelle il prit un grand nombre de pilules mercurielles. Enfin survint l'exostose de la jambe. Presque toutes les préparations mercurielles lui ont été administrées.

N° 14. *Rougeur à la gorge et quelques boutons sur le corps.* Sorti de l'hôpital, il y a quelques mois, après

(1) A la consultation, les affections consécutives sont dans une proportion bien moindre encore.

avoir subi un traitement mercuriel incomplet pour quelques chancres du gland.

N° 18. *Ulcération du voile du palais.* Il y a onze ans, ce malade contracta un écoulement et deux chancres; il se traita d'abord chez lui, pansa les chancres avec l'onguent mercuriel et but de la tisane de salsepareille; mais un bubon étant survenu, il entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta trois mois et demi. Pendant ce temps il prit deux pilules de Dupuytren chaque jour, et sortit presque guéri. Il paraît que lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la gorge était déjà malade.

N° 19. *Syphilide pustuleuse et adénite sous maxillaire.* Ce malade assure qu'il n'a jamais eu qu'un écoulement il y a dix-huit mois. Ce n'était, dit-il, qu'un échauffement qui dura six semaines et qu'il coupa avec du copahu après avoir pris pendant ce temps de la liqueur de Van-Swieten et des pilules mercurielles.

N° 41. *Ulcération de la face dorsale du pied et tubercules*, que l'on suppose de nature syphilitique. Il y a trois ans, ce malade a eu des chancres qui ont été brûlés plusieurs fois, et pour lesquels il a pris une trentaine de pilules mercurielles.

N° 42. *Tubercules de la face.* Ancien militaire. Il y a quinze ans a eu une blennorrhagie, est entré à l'hôpital et a pris de la liqueur de Van-Swieten et du sirop pendant quarante à quarante-cinq jours. Six à sept ans après, sans qu'il ait contracté, assure-t-il, d'autre affection, est survenue une exostose à la jambe droite. Rentré à l'hôpital, il y est resté trois mois, a fait deux traitemens par la liqueur et le sirop, et est sorti guéri: les tubercules de la face datent de deux ans.

N° 51. *Exostose du sternum.* En 1829, étant militaire, il eut une blennorrhagie et des chancres. Il prit, dit-il, quatre boîtes de pilules napolitaines, soixante doses de liqueurs, sept frictions, quatre-vingt-dix pots de tisane sudorifique, etc.

N° 6. Petite salle. *Syphilide pustuleuse.* Il y a six mois, chancres à la verge, traitement complet par la liqueur de Van-Swieten et les applications mercurielles.

N° 7. *Syphilide tuberculeuse.* En 1828, chancres et bubons. Deux mois et huit jours à cet hôpital. Il prit vingt-cinq doses de liqueur de Van-Swieten seulement (treize grains de sublimé), et sortit guéri. Il y a neuf à dix mois, des tubercules se sont montrés sur plusieurs points du corps.

N° 4. Infirmerie. *Syphilide squammeuse.* Au mois d'août dernier, chancres du gland qu'il traita par les applications d'onguent mercuriel et d'une poudre blanche. Les ulcères avaient complètement disparu au bout de quinze jours. Deux mois après, ulcération de la gorge, quarante paquets de muriate d'or; éruption de la syphilide à peu près à la même époque.

N° 5. *Ulcère de la langue.* Cet homme assure n'avoir jamais eu d'autre symptôme syphilitique que des végétations au gland il y a dix-huit ans. Il était alors militaire. Il prit, dit-il, trois bouteilles de liqueur de Van-Swieten et fut complètement débarrassé. L'ulcère de la langue s'est manifesté il y a quatre mois seulement.

N° 12. *Exostoses de la tête et des tibias.* Il y a trente ans, blennorrhagie et chancres pour lesquels il subit un traitement complet pendant quarante-deux jours. Trois traitemens semblables ont été faits avec exactitude pour une syphilide, des ulcères et des exostoses.

N° 16. *Vastes ulcérations de la face avec destruction du nez et des paupières.* Cet homme a eu un grand nombre d'affections syphilitiques pour lesquelles il a subi divers traitemens mercuriels, mais il paraîtrait que ces traitemens n'ont pas tous été complets, et qu'étant militaire, il en a négligé quelques-uns.

N° 17. *Nécrose du tibia et des os du nez.* Il y a huit ans, chancres à la verge et bubons, tisane et liqueur de Van-Swieten à plusieurs reprises. Quelque temps après, ulcérations de la gorge, traitement complet par les frictions.

Les symptômes consécutifs de syphilis, sur un total de cent hommes environ, s'élèvent dans ce moment à seize. Sur un pareil nombre de femmes à peu près, on n'en compte pas plus de cinq ou six; mais les renseignemens qu'on obtient chez ces dernières sont trop inexacts pour que nous cherchions à noter ainsi leurs antécédens.

Fidèle à notre habitude de ne juger la valeur des moyens thérapeutiques que par des faits nombreux soigneusement recueillis, nous avons dressé cette petite table, afin que nos lecteurs, transportés en quelque sorte dans les salles de M. Cullerier, pussent juger sainement de la nature de la maladie et des effets des remèdes. Ils ont pu voir en effet que ces affections consécutives étaient fort peu nombreuses eu égard aux maladies primitives; qu'elles étaient peu graves en général, car tous, à l'exception de trois ou quatre, sont assurés d'une prochaine guérison; enfin que les antécédens, chez ces divers malades, sont loin de plaider en faveur du traitement mercuriel. Tous en effet ont été soumis à l'administration du mercure; mais, il faut le dire, on doit remarquer que tous n'ont pas suivi un traitement général d'une manière complète; cependant les n°s 10, 19, 42, 51, deuxième salle, 6, petite salle, et 5, 12, 18, infirmerie, ont pris le mercure de la manière la plus complète. Nos questions réitérées n'ont pu les faire convenir d'un symptôme syphilitique négligé, et cependant la récidive s'est opérée au bout d'un temps plus ou moins long, et chez quelques-uns d'une manière assez grave.

Nous devons à la vérité de dire que, de temps à autre, nous rencontrons quelques malades chez lesquels la récidive s'est opérée après un traitement simple; mais ces cas sont assez rares, comme on le voit, puisque sur seize malades qui se trouvent en ce moment dans les salles, pas un seul ne se trouve dans ce cas (1).

---

(1) Il est évident que nous ne pouvons ranger dans la classe

Quoi qu'il en soit, et quelques objections que l'on fasse contre le traitement simple, nous croyons qu'on ne saurait mettre en doute les propositions suivantes, qui découlent de l'observation exacte d'une masse de faits :

1° Quelque traitement que l'on ait employé pour combattre les symptômes syphilitiques primitifs, qu'on ait administré le mercure, ou qu'on se soit borné au régime et au traitement local, on n'est jamais assuré d'avoir préservé le malade de toute récidive.

1° Les récidives sont plus fréquentes quand on a fait usage des préparations mercurielles.

3° Elles sont plus tardives, mais elles sont plus graves.

4° Enfin, quand un symptôme consécutif s'est déclaré, qu'on administre au malade des mercuriaux, ou qu'on se borne à l'usage d'un traitement simple, il est excessivement difficile de débarrasser entièrement l'économie de la maladie dont elle est infectée, et de nouvelles rechutes sont infiniment probables.

Dans les faits particuliers que nous allons citer, nous aurons souvent occasion de fournir la preuve de ces assertions. Pour procéder du simple au composé, nous commencerons par l'étude des affections de la peau et du tissu cellulaire; nous examinerons ensuite celles dont le siége est sur les muqueuses; enfin nous pénétrerons plus profondément, et nous étudierons les maladies du périoste et des os. Nous terminerons par les symptômes que peuvent offrir les nourrices et les enfans nouveau-nés, et par l'examen de quelques maladies qui proviennent de l'abus du mercure, ou dont les rapports avec la syphilis ne sont pas assez tranchés pour qu'on puisse les ranger dans la même catégorie (1).

HOPITAL CLINIQUE DE LA FACULTÉ.

—

§ 1er.—*Considérations pratiques sur l'asthme périodique des vieillards, ses causes et son traitement.*

Au n° 9 de la salle des femmes, a été couchée, vers le milieu du mois de mars, une malade âgée de cinquante-cinq ans, sujette depuis plusieurs années à des accès d'étouffemens qui se montrent à des époques plus ou moins éloignées. C'est pour cet asthme périodique qui s'était manifesté de nouveau, qu'elle a été reçue à l'hôpital.

En examinant la poitrine, on a reconnu que la percussion donnait un son clair dans toute sa partie antérieure, et que la respiration s'y entendait aisément. La partie postérieure donnait également un son clair, mais on y entendait un cliquetis particulier et du râle muqueux qui annonçaient l'emphysème du poumon dans une certaine étendue, accompagné de bronchite légère.

Malgré ces signes stéthoscopiques, M. Rostan n'a considéré ni l'une ni l'autre de ces lésions comme causes de l'asthme périodique. Il a supposé, au contraire, qu'il existait une affection du cœur, et a eu recours, en conséquence, au repos, à la diète, et aux évacuations sanguines qui ont promptement amélioré l'état de cette malade.

Ce professeur s'est beaucoup occupé de l'asthme périodique et des causes qui y donnent lieu chez les vieillards : il fut conduit à faire ces recherches à la Salpêtrière, où ces sortes de maladies étaient excessivement communes. Quand, en effet, pendant l'hiver, le thermomètre descendait à quelques degrés au-dessous de zéro, les salles se remplissaient de vieilles femmes qui étaient en proie, par accès et surtout pendant la nuit, à des étouffemens extrêmement pénibles. Quelques symptômes de bronchites se manifestant en même temps, on disait que ces femmes étaient atteintes d'asthmes ou de catarrhes pulmonaires.

Cependant un grand nombre d'entre elles succombaient, et, l'autopsie en étant faite avec soin, on trouvait souvent l'aorte offrant des plaques de concrétions dans une grande partie de son étendue, le ventricule gauche amplifié et épaissi, les poumons engorgés, et la muqueuse de l'estomac et des intestins d'un gris ardoisé. Souvent aussi le thorax était en même temps dévié de manière à ne pas permettre le jeu du poumon, ou cet organe lui-même était atteint d'une phlegmasie chronique. Enfin, dans tous les cas, il y avait une cause qui entretenait la difficulté de la respiration.

Cet asthme périodique, qu'on considérait à cette époque comme primitif, sembla donc à M. Rostan le résultat de ces diverses lésions, et les nombreuses autopsies cadavériques qu'il a eu occasion de faire jusqu'à ce moment, l'ont encore confirmé dans cette opinion. Suivant ce médecin, l'asthme périodique des vieillards n'est donc point une affection nerveuse, et voici, indépendamment des lésions cadavériques constamment rencontrées, les raisons sur lesquelles il s'appuie pour soutenir sa proposition.

Le système nerveux n'est pas développé chez les vieillards. Sur des milliers de malades, à peine en voit-on un seul qui ait une affection de ce genre; tandis que l'asthme périodique est au contraire une maladie excessivement commune, puisque sur un total de quatre à cinq cents malades, dès qu'il faisait froid, on en rencontrait trois cents peut-être ainsi affectés.

---

des malades soumis à un traitement simple, les individus qui ont abandonné leurs symptômes syphilitiques à eux-mêmes, ou qui ont employé pour les enlever quelque moyen violent, tels que la cautérisation avec la pierre infernale, le tabac, ou d'autres poudres irritantes; nous ne voulons parler que de ceux chez lesquels le traitement rationnel indiqué dans le volume précédent a été suivi jusqu'à la disparition complète des symptômes.

(1) M. Cullerier pense que le virus syphilitique peut porter son action dans les cavités splanchniques, et sur le parenchyme des organes eux-mêmes. Si des faits de ce genre se présentent à notre observation, nous terminerons notre travail par l'exposé de ces cas intéressans.

L'ossification de l'aorte est une lésion, comme on sait, extrêmement fréquente, et il s'en faut de beaucoup que tous les malades qui en sont atteints présentent des accès de suffocation; assurément cette ossification peut exister sans produire l'asthme, puisque, pendant les chaleurs de l'été, ces malades n'en présentent plus les symptômes; mais de ce que cette lésion ne détermine pas chez tous les mêmes effets, on ne peut en conclure que ce n'est point elle qui, chez d'autres les produit; car, nous le répétons, on a toujours trouvé les désordres indiqués à l'autopsie, et quand on ne les a pas trouvés, c'est que, suivant M. Rostan, on a mal cherché. Voici, du reste, le mécanisme présumé de cette suffocation.

C'est dans l'hiver, et lorsque la température est basse, que ces accès se manifestent. A cette époque, en effet, la circulation capillaire des vieillards est suspendue; le sang, qui était à la périphérie du corps, doit se porter au centre; il s'en trouvera donc une plus grande quantité dans le ventricule gauche, et comme il existe déjà un obstacle à sa libre sortie, ce sang stagne dans le ventricule de ce côté, puis dans l'oreillette, puis dans le poumon qu'on trouve en effet alors comme splénisé. Le poumon ainsi gorgé de sang n'offre donc plus une place suffisante à l'air, et les malades éprouvent une telle gêne de cette privation d'air, qu'ils sont comme en proie à des convulsions.

Telle est l'explication que M. Rostan donne à la production de cet asthme périodique. La nature de cette maladie ainsi expliquée nous dispense d'entrer dans d'autres détails sur le traitement.

§ 2. — *Considérations pratiques sur l'emploi du séton dans les affections chroniques de la poitrine.*

Aux nos 14 et 17 de la salle des hommes, sont deux malades, sur la poitrine desquels on a placé un séton pour des symptômes assez prononcés de pneumonie chronique. M. Rostan fait un fréquent usage du séton dans ce cas, et voici comment il a été conduit à l'employer :

Un jeune médecin d'une assez bonne constitution vint le trouver, il y a quelques années, se plaignant d'avoir une toux opiniâtre, accompagnée d'amaigrissement. Il l'examina, et, ne reconnaissant que l'existence d'une légère bronchite, se borna à lui prescrire quelques soins hygiéniques. Au bout de trois semaines, ce jeune homme se présenta de nouveau à son cabinet; il était pâle et abattu. L'auscultation ne dénota que du râle muqueux. On prescrivit l'application d'un vésicatoire.

Quelques mois après, ce malade revient encor; il était pâle, languissant, et pouvait à peine se soutenir. Cette fois, l'auscultation démontra différens bruits anormaux, et en outre il y avait de la matité sur plusieurs points de la poitrine. Enfin M. Rostan, ayant été appelé en consultation chez lui avec plusieurs médecins, le trouva dans le marasme, et chacun resta persuadé qu'on avait affaire à une phthisie au troisième degré. Cependant, pour consoler le malade, on lui dit qu'il avait une pleurésie chronique; on le mit au régime lacté, et on plaça sur la poitrine un large séton.

Quelques mois s'écoulèrent; et lorsque M. Rostan croyait que ce jeune homme avait succombé, il apprit au contraire qu'il allait beaucoup mieux. On lui conseilla d'habiter à la campagne, et au bout d'un an il revint, dans le meilleur état possible, pour demander à son médecin s'il pouvait se débarrasser du séton. M. Rostan lui conseilla de le garder encore; ce qu'il fit pendant un an. Depuis cette époque, il a fait, sans trop de fatigue, son service lors du choléra; il a même eu une pleurésie, dont il s'est parfaitement guéri; enfin aujourd'hui il est dans un excellent état de santé.

Vers la même époque, un médecin de la province fit venir M. Rostan pour lui présenter une jeune dame au déclin d'une pleurésie aiguë. L'affection pour laquelle on le consultait était peu grave; mais il paraît qu'à partir de ce moment des tubercules se développèrent ou s'enflammèrent dans les poumons, car cette dame vint à Paris au bout de quelques mois, après avoir éprouvé de nombreuses hémoptysies. Le bruit du gargouillement était des plus sensibles.

M. Rostan la fit placer à la maison de santé des Néothermes, où l'on put entretenir continuellement dans sa chambre une température à vingt degrés; il la fit saigner, prescrivit des bains de vapeur et divers autres moyens qui n'entravèrent pas la marche de l'affection tuberculeuse.

Après quelque temps de séjour à Paris, cette dame voulut retourner chez elle, et M. Rostan lui conseilla, comme dernière ressource, l'application d'un séton sur les parois de la poitrine. Trois mois après, son mari écrivit qu'elle ne toussait plus, et qu'elle prenait de l'embonpoint. Elle vint elle-même, l'année suivante, à Paris, et sa santé était dans l'état le plus satisfaisant.

M. Rostan possède encore plusieurs autres cas de ce genre qui, pour n'être pas aussi concluans, n'en offrent pas moins beaucoup d'intérêt, et l'engagent à continuer l'emploi de ce moyen.

MÉDECINE LÉGALE.

—

Lettre quatrième.

MODÈLE DE CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE.

M.,

Il est assez rare de pouvoir renfermer une consultation médico-légale dans un cadre étroit : voici cependant un fait qui peut s'y prêter. Cet exemple doit appeler votre attention, parce qu'il n'a pas encore reçu de publicité, et que je ne sache pas que de pareils faits aient été publiés en France. Il s'agit d'une asphyxie

par un genre de combustion du bois, d'autant plus dangereux qu'il s'effectue dans un espace de temps très-long, et qu'il ne manifeste sa présence que par l'action que ses produits déterminent sur l'économie animale, sans qu'on puisse deviner la source d'où ils proviennent. J'ai rapproché de ce fait un cas analogue, rapporté par les journaux allemands, et dans lequel un grand nombre de personnes ont été successivement asphyxiées au fur et à mesure de leur arrivée dans la pièce infectée, alors qu'elles y venaient pour porter secours à des personnes déjà malades. Le traitement employé était peu rationnel, parce qu'on ignorait la cause des accidens, quoiqu'ils se reproduisissent sous la même forme chez tous les individus.

Préambule.

Nous, M. G. A. D....., docteur en médecine, consulté par M. G....., juge d'instruction, sur la question de savoir *si un appareil calorifère, chauffé par le charbon de terre, peut laisser échapper des gaz qui respirés produiraient l'asphyxie, et si dans l'espèces il faudrait attribuer à cette cause, ou à toute autre, la mort d'un cocher attaché à la maison de M. le duc de M...., ainsi que les accideus éprouvés par plusieurs domestiques de la même maison*, nous avons demandé communication de toutes les pièces de l'instruction. Elles nous ont été remises, et consistaient : 1° en un rapport du commissaire de police du quartier de....; 2° en deux rapports de MM M..... et C...., docteurs en médecine, appelés à donner des soins à la personne qui est décédée; 3° en les dépositions des sieurs B...., R...., G....; 4° en un rapport de M. N...., architecte expert.

Nous extrayons de ces pièces les faits qui suivent :

Exposition des faits.

§ 1. Le trois décembre, à sept heures du matin, Regnier, cocher de M. le duc de Mo...., entre dans la chambre de D...., située au deuxième étage. Il y voit une fumée épaisse et sent une odeur de charbon qui lui porte à la tête. (*Rapport du commissaire de police.*)

§ 2. D...., qui pour la première fois avait passé la nuit dans cette chambre, était sans connaissance; en vain R.... l'appelle, il ne donne pas signe de vie. (*Idem.*)

§ 3. R.... entre alors dans la chambre d'un sieur Rob..., il le trouve dans le même état que D.... (*Idem.*)

§ 4. Il appelle du secours, des soins sont donnés à Rob...., il revient à lui (*Idem*)

§ 5. En vain on administre les mêmes secours à D...; en vain un médecin est appelé et met en usage les moyens propres à le rappeler à la vie. (*Idem.*)

§ 6. A deux heures après midi, un second médecin, trouvant le corps de D..... encore chaud, ouvre l'artère temporale, mais sans résultats. (*Idem.*)

§ 7. Depuis quelques jours R..... éprouvait des maux de tête en s'éveillant, et sentait dans sa chambre l'odeur de la vapeur de charbon. (*Idem.*)

§ 8. Dans la même nuit, un autre cocher, nommé G...., s'était couché à minuit; il s'était éveillé à deux heures du matin dans un état complet de malaise, qui ne s'était dissipé qu'en prenant l'air à une fenêtre. (*Déposition de G.....*)

§ 9. Le commissaire de police et les deux médecins appelés le trois décembre mil huit cent trente-quatre, constatent, en entrant dans les chambres de D..... et de R....., non-seulement l'odeur très-forte de la vapeur du charbon, mais encore la sortie de cette vapeur *par les bouches de chaleur du calorifère;* elles étaient placées dans les dites chambres.) *Rapport du commissaire de police.*)

§ 10. Au rez-de-chaussée existait un calorifère; il avait été allumé pour la dernière fois, le samedi vingt-neuf novembre c'est-à-dire quatre jours avant la mort de D..... (*Déposition de B.....*). Sa construction remontait en mai mil huit cent trente-trois.

§ 11. Depuis fort long-temps les personnes qui habitaient le corps de bâtiment qu'il était destiné à échauffer, en étaient incommodées; leur plainte donna lieu à une réparation en février mil huit cent trente-quatre. Cette réparation n'eut aucun résultat, et ces personnes prirent le parti de fermer les bouches de chaleur destinées à échauffer la chambre qu'elles habitaient. Il s'en exhalait une fumée d'une odeur particulière : c'était, dit G...., une exhalaison qui *m'empoisonnait.* G.... couchait au premier.

§ 12. Le soir même de l'événement de la mort de D...., le calorifère est démoli.

Le vingt-deux décembre un architecte expert est commis pour constater l'état des lieux; le mode de construction qui avait été adopté pour le calorifère, et désigner la cause des accidens survenus.

Il résulte de son rapport que le calorifère, établi au rez-de-chaussée, dans une sellerie, avait son tuyau de fumée posé au droit d'une cheminée, et ses tuyaux calorifères dans l'épaisseur du plancher bas de l'entresol, entre deux solives. Ils sortaient tous ensuite par plusieurs embranchemens dans la hauteur de l'entresol et d'une partie du premier et du second étage, pour conduire la chaleur dans diverses pièces.

§ 13. Lors de la démolition dudit calorifère et de tous ses accessoires, on a trouvé les deux pièces de bois entre lesquelles passaient les tuyaux de la fumée et de la chaleur, *consumées* à un tel point qu'elles s'enflammaient au contact de l'air.

§ 14. Il paraît résulter des renseignemens qu'a recueillis l'architecte, que le placement du tuyau de la fumée trop près des solives, les a tellement échauffées, qu'il y a mis le feu; que le feu s'est étendu successivement dans toute la longueur des solives et les a mises dans un état de carbonisation qui a produit dans l'entrevoux, où étaient placés les tuyaux de chaleur, un gaz qui se sera introduit dans les tuyaux mal joints de la chaleur, et se sera répandu ensuite dans les chambres où ces tuyaux aboutissaient sans aucune soupape de fermeture.

§ 15. Que l'on aurait dû placer les tuyaux de con-

duite de la chaleur en contre-bas du plafond des pièces du rez-de-chaussée, en les enveloppant d'une poterie en grès ou en terre cuite, au lieu de les mettre dans l'intérieur du plancher entre les solives.

Discussions des faits.

Trois personnes sont prises à la fois d'une affection qui présente les caractères d'une asphyxie par le charbon. (§ 1, 2, 3.)

L'une d'elles succombe, malgré les secours propres à rappeler un asphyxié à la vie; les deux autres reprennent connaissance. (§ 5, 6, 4, 8.)

Il y a donc tout lieu de croire que D.... a succombé à une asphyxie, quoique l'ouverture du corps n'ait pas été faite.

Depuis long-temps une odeur désagréable se faisait sentir dans les chambres où se distribuaient les bouches du calorifère. Ga.... en éprouvait les mauvais effets tous les matins en s'éveillant; la cause des accidens provenait donc très-probablement de cette source. (§ 11.)

Une réparation faite en février mil huit cent trente-quatre, au tuyau de la fumée du calorifère, n'avait pas amené d'amélioration dans les inconvéniens attachés à son emploi; d'ailleurs on n'y avait pas allumé de feu depuis quatre jours. (§ 11, 10.) La cause des accidens ne provenait donc pas des tuyaux de conduite de la fumée.

Les bouches de chaleur exhalaient une odeur tellement désagréable, que plusieurs domestiques avaient pris le parti de les fermer avec un torchon roulé sous la forme d'un tampon. (*Déposition de G....*) Le lendemain de l'accident on a constaté une vapeur d'une odeur infecte qui s'échappait des ces bouches de chaleur. (§ 9.)

Des bouches de chaleur ne pouvant amener d'un calorifère que de l'air échauffé, et le calorifère n'ayant pas été allumé depuis quatre jours, la fumée provenait donc d'un autre foyer de combustion. L'expert architecte en fait connaître la source dans la carbonisation des poutres auxquelles étaient adossés les tuyaux calorifères, et la présomption qu'il établit à ce sujet relativement à la jonction incomplète de ce conduit, paraît très-probable. (§ 14.) Il suffit en effet d'une petite ouverture aux tuyaux de conduite de la chaleur, pour permettre l'accès d'une vapeur ou fumée quelconque dans leur intérieur. Dans le cas dont il s'agit, ils étaient échauffés par la chaleur qui provenait de la carbonisation des poutres; l'air qu'ils renfermaient, dilaté par le calorique, faisait un appel continu de la fumée, et transmettait dans les chambres de la vapeur de charbon et de bois qui se carbonise.

La quantité de vapeur disséminée dans les chambres avait d'abord été trop faible pour causer des accidens; mais peu à peu et à la longue la carbonisation des poutres faisant des progrès, il est arrivé un moment où la production de vapeur a été assez considérable pour causer l'asphyxie, d'autant que plusieurs bouches de chaleur avaient été fermées dans plusieurs chambres.

Ce moment est fort bien exprimé dans le rapport de l'architecte, où il est dit que, lors de la démolition du calorifère, certains points des poutres prenaient feu à l'air.

Il reste actuellement à rechercher: 1° à qu'elle cause est due la carbonisation des poutres? 2° comment une poutre qui se carbonise aussi lentement peut devenir la source d'asphyxie par la vapeur du charbon.

Il est très-probable que c'est à la chaleur du tuyau de fumée placé trop près des poutres qu'il faut attribuer leur carbonisation; les exemples à l'appui de cette présomption ne sont pas rares; je citerai le suivant:

Une famille habitait le logement du premier étage de la maison rue de la Harpe, n° 90. Dans une arrière-boutique placée immédiatement au-dessous, se trouvait le fourneau d'un traiteur fort achalandé. Depuis long-temps les habitans du premier étage se plaignaient d'une odeur de fumée dans leur appartement et principalement dans leur salon. (c'était justement la pièce qui correspondait à la cuisine du traiteur). Un soir un domestique marchant pieds nus sur le parquet, sentit un endroit du plancher beaucoup plus chaud que le reste, sans toutefois que la couleur ou l'apparence du parquet fussent changées; on appelle des pompiers. Le parquet est ouvert, et l'on trouve une très-grosse poutre presque complètement carbonisée dans l'étendue de deux pieds environ. Ce point correspondait aux fourneaux du traiteur.

La chaleur seule suffit donc pour carboniser du bois, fût-il enfermé dans un plancher et à l'abri du contact de l'air par une couche de plâtre. C'est d'ailleurs ce qui a lieu tous les jours dans la confection du charbon qui se pratique en plein air. Là, on entasse le bois sous la forme d'une pyramide, on le recouvre de mottes de terre afin de l'abriter du contact de l'air, on laisse seulement au centre de la masse un canal vertical par lequel on introduit du feu, et qui est destiné à transmettre au dehors les vapeurs provenant du bois chauffé et par suite carbonisé. Ces faits offrent donc la plus grande analogie avec ceux dont il s'agit.

Quant à ce qui regarde la seconde question, celle de savoir comment une poutre qui se carbonise aussi lentement peut devenir la source d'asphyxies tout aussi graves que celles qui résultent de la combustion du charbon, nous ferons remarquer que les produits qui proviennent de la décomposition du bois sont à peu près analogues, quant au gaz qu'ils contiennent, à ceux qui résultent du charbon en ignition; qu'ils renferment de l'acide carbonique et de l'hydrogène carboné, et que par conséquent ils peuvent amener la même espèce d'asphyxie.

Le fait suivant, tiré des Annales de la médecine politique de Henke, année 1830, vient à l'appui de cette assertion.

Dans une petite ville de l'Odenwald, plusieurs personnes, qui habitaient ensemble une même maison, éprouvaient depuis quelques jours de la céphalalgie et un malaise général. Les symptômes s'aggravèrent de

jour en jour, au point que le 8 janvier (1829), la dame Sk.... fut obligée de garder le lit; et comme la maladie paraissait faire des progrès rapides, on fit appeler un médecin (on n'indique pas le traitement qui fut prescrit). Vers minuit le malaise et surtout la céphalalgie de madame Sk.... s'étaient accrus au point qu'une parente de la malade, madame L..., qui couchait dans le même appartement, se leva pour lui donner des soins et pour faire appeler de nouveau le médecin. Avant que ce dernier fût arrivé, madame Sk..., avait presque entièrement perdu l'usage de ses sens, et pendant que madame L.... était occupée à la ranimer, elle tomba elle-même sans connaissance au pied du lit de la malade. Madame Sk.... étant revenue à elle, aida une servante, qui venait d'accourir, à relever madame L.... et à la mettre sur un lit. On appella aussitôt M. L.... qui trouva, en arrivant, sa femme ainsi que sa cousine Sk... étendues sans connaissance, et bientôt après en proie à des convulsions violentes, auxquelles vint se joindre une raideur presque totale du corps chez madame Sk.... Sur ces entrefaites, arriva le docteur H..., et pendant que M. L... veut l'informer de ce qui vient de se passer, il tombe lui-même sans connaissance; la même chose arrive à la servante quelques instans après. Deux domestiques étant accourus, on s'empresse, sur la demande du docteur H..., d'appeler un second médecin et d'avertir plusieurs parens de M. L....

M. N...., de qui M. Bertholot tient cette observation, étant arrivé dans la maison où cette scène se passait, trouva quatre personnes couchées sur de lits, sans connaissance. M. L... paraissait plongé dans un profond sommeil, madame L... dans un état d'absence complète et en proie à des convulsions et à des spasmes tétaniques. L'infirmier seul était encore sur pied, mais il se plaignait d'un violent mal de tête et d'un malaise inexprimable, prodrômes d'une lipothymie commençante.

M. L... se réveilla peu à peu vers neuf heures du matin; un torrent de larmes, qui s'échappa spontanément, trahit le trouble de son système nerveux; mais enfin il recouvrit l'usage de ses sens au point qu'il put quitter son lit, quoiqu'il fût encore dans un état de prostration considérable. Les dames L.... et Sk... passèrent le reste de la journée dans leur lit, dans un état de somnolence presque continuelle.

Le second médecin étant arrivé, on se borna, après une consultation, à prescrire l'application de sinapismes, l'inhalation de vapeurs spiritueuses et aromatiques, et du thé de camomille pour boisson. Comme toutes les personnes de la maison étaient malades, M. N... se chargea de les veiller pendant la nuit suivante, assisté de deux infirmiers et de mademoiselle No..., la nièce de M. L..., qui venait d'arriver.

Pendant que l'on s'occupait à préparer tout ce qui était nécessaire pour les malades, mademoiselle No... tomba subitement en syncope; elle fut aussitôt ranimée au moyen d'aspersions d'eau de Cologne, par l'une des personnes qui, elle-même, peu d'instans après, tomba sans connaissance et fut de même ranimée par l'eau de Cologne. Mais peu de temps après elle éprouva un nouvel accès de lipothymie, accompagné des contractions spasmodiques très-violentes. Ces convulsions se répétèrent fréquemment, malgré le traitement mis en usage, jusqu'à dix heures et demie du soir, époque à laquelle cette femme paraissait s'endormir profondément. Les dames L... et Sk..., ainsi que la servante, furent dans un état d'agitation continuelle; M. L... paraissait plongé dans un sommeil profond. L'agitation de madame de Sk... allant toujours en augmentant, la seconde servante lui appliqua des sinapismes, suivant les ordonnances du médecin, au même instant cette femme, ainsi que M. N..., furent pris d'un mal de tête des plus violens, qui céda pour le moment à l'usage du thé de camomille. M. N... s'était assis dans un fauteuil dans un état de prostration complète, lorsque la première infirmière qui avait été affectée dès le commencement de la nuit, fut de nouveau prise de convulsions très-violentes. M. N... se leva brusquement pour lui porter secours; il appela la seconde infirmière, la seule dont la santé se fût maintenue jusqu'alors: ce ne fut qu'après avoir été appelée à plusieurs reprises, qu'elle se leva en sursaut pour donner à M. N... le flacon d'eau de Cologne, et aussitôt elle perdit connaissance et tomba au pied du lit des malades.

M. N... fit alors tous ses efforts pour ranimer les deux infirmières; il ne réussit qu'au bout de dix minutes et après leur avoir versé de l'eau de Cologne dans les narines. Elles revinrent à elles fort heureusement au moment où M. N... cessait de pouvoir résister à une céphalalgie atroce et à un sentiment de constriction à la poitrine accompagné d'angoisses inexprimables. Il sortit avec précipitation de la chambres des malades pour éveiller tous les domestiques, et pour envoyer tout de suite chercher le médecin. M. N... étant rentré dans l'appartement des malades, s'aperçut que madame L... avait eu de vomissemens et qu'elle était en partie penchée hors de son lit. Des sinapismes lui furent aussitôt appliqués. Cependant la céphalalgie et l'oppression augmentèrent chez M. N...; bientôt il éprouva des nausées, et au moment où il s'approcha de la croisée, il vomit avec des efforts violens trois ou quatre fois de petites quantités de matières; après ces vomissemens, la respiration devint un peu plus libre, mais la céphalalgie persista.

Comme les spasmes de l'infirmière continuèrent avec une grande intensité, et que le médecin que l'on avait appelé tardait à venir, on fit chercher en toute hâte un troisième médecin, le docteur B..., qui prescrivit pour cette malade l'application d'un vésicatoire à la nuque; cette application fut suivie d'un peu de calme. M. N... (l'auteur de cette relation), après avoir éprouvé un grand frisson et une anxiété inexprimable, perdit lui-même connaissance. Il revint à lui au moment où l'on cria que le feu était dans la maison.

Cet accident fut découvert par un domestique qui, ayant par hasard appliqué la main contre la muraille, sentit qu'elle était extrêmement chaude, On fit aussitôt venir des ouvriers, et l'on découvrit qu'un des murs

et le plafond de la cuisine étaient en incandescence. On trouva de plus réduite en charbon toute la charpente du coin du mur formant l'angle de l'appartement des malades et de la cuisine.

Le feu fut éteint en moins d'une heure. Les malades ayant été transportés dans un autre appartement, leur état s'améliora rapidement, et ils ne tardèrent pas à être complètement rétablis. C'est ainsi que fut découverte la véritable cause de tous ces accidens.

Déjà, dans la matinée du lundi, plusieurs des malades avaient remarqué une odeur désagréable dans les appartemens dont il s'agit, comme si on y avait brûlé du bois de sapin. Depuis plusieurs jours la porte de la chambre à coucher ne pouvait plus être fermée (une porte voisine avait été trouvée carbonisée). La combustion s'était continuée pendant au moins huit jours ; quatorze personnes en tout ont plus ou moins souffert des effets de cette combustion. Chez madame Sk... (qui était couchée la plus près de la muraille incandescente) les accidens en étaient arrivés au point que le pouls avait cessé de battre pendant assez long-temps, et que ses mains et une partie de ses bras étaient déjà devenues froides.

En continuant les fouilles, on finit par trouver encore un grand nombre de poutres qui, quoique recouvertes d'une couche de terre glaise, se trouvaient complètement carbonisées. On n'aperçut nulle part la moindre trace de fentes ou de fissures dans les murailles.

Conclusions.

Des faits et documens qui précèdent nous concluons : 1° que la mort de D... et les accidens éprouvés par les autres domestiques doivent être attribués à une asphyxie ;

2° Qu'il y a tout lieu de croire que la cause de cette asphyxie a été la carbonisation des poutres placées dans le plancher de l'entresol.

3° Nous ajouterons, pour répondre aux diverses questions qui nous ont été posées, que la fumée provenant de la combustion du charbon de terre qui alimentait le calorifère, peut tout aussi bien produire l'asphyxie que celle qui résulte de la vapeur du charbon de bois en combustion.

Fait à Paris, ce douze février mil huit cent trente-cinq.

Vous voyez qu'ainsi que je vous le disais dans ma dernière lettre, le médecin peut discuter la valeur de tous les faits dans une consultation médico-légale, et qu'il peut puisser non-seulement dans les pièces de l'instruction, mais encore partout ailleurs des preuves à l'appui de sa manière de voir. A. D.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

AVRIL 1835.

N° 14. — 4 Avril.

THÉRAPEUTIQUE.

—

Du traitement des maux de gorge et de quelques inflammations des autres membranes muqueuses, par le sulfate d'alumine et de potasse; Mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 16 mars 1835, par M. Velpeau.

Témoin des succès obtenus, à l'aide de certaines substances cathérétiques, par M. Bretonneau, dans plusieurs épidémies d'angines graves, j'ai voulu voir si les mêmes moyens n'auraient pas la même efficacité dans les maux de gorge purement inflammatoires. L'acide hydrochlorique affaibli, le nitrate d'argent et l'alun ont donc été employés par moi dans l'angine aiguë simple comme ils l'avaient été dans le croup et l'angine maligne par M. Bretonneau, comme ils l'ont été dans diverses espèces d'angine chronique par d'autres praticiens. J'essayai ainsi la pierre infernale dès l'année 1819 à Tours (1). L'alun m'avait assez bien réussi dans plusieurs circonstances, notamment à l'hôpital Saint-Antoine, en 1828 et 1829, pour m'autoriser à en indiquer le mode d'emploi dans la Gazette médicale de janvier 1830. Alors je n'hésitai point à dire que « ce qui doit encourager à généraliser de pareils moyens, c'est qu'ils ne sont peut-être pas moins applicables à beaucoup d'autres inflammations, d'autres angines en particulier, et à la diphtérite (2). » Je m'appuyais en outre sur l'expérience d'un médecin distingué de Nantes, de M. Laënnec, qui ne craint pas d'avancer dans un compte-rendu de sa clinique « que pour les angines tonsillaires simples les insufflations d'alun, outre qu'elles font cesser la tuméfaction avec une grande rapidité, ont l'avantage de prévenir cette tendance aux récidives, si commune lorsque l'angine a été traitée par les seuls antiphlogistiques. » Enfin, j'étais enhardi par MM. Toirac et Guillon, qui m'avaient déjà fait part en 1826 et 1827 de leurs tentatives avec le nitrate d'argent dans des cas semblables.

Depuis cette époque, cependant, on a continué de traiter les maux de gorge par les saignées, les sangsues, les émolliens, les vomitifs ou les purgatifs. Différens mémoires, publiés dans les journaux de médecine, sont venus confirmer la pratique de M. Bretonneau. Bennati vous a lu un travail sur l'efficacité des gargarismes alumineux dans quelques affections chroniques du gosier; mais personne ne paraît en avoir adopté l'usage pour les angines aiguës franchement inflammatoires. En cherchant la raison de cet oubli, je n'en ai trouvé d'autre que le peu de danger de la maladie elle-même et l'idée, encore très-répandue parmi les médecins, que les remèdes connus sous le titre d'irritans sont très-nuisibles dans les inflammations aiguës.

Sans être mortels, les maux de gorge ordinaires ne laissent pas cependant d'offrir parfois une certaine gravité. La fièvre, les menaces de suffocation qui les accompagnent, les abcès qui les terminent souvent, la difficulté d'en arrêter la marche, la faiblesse qu'entraîne la médication antiphlogistique, en font une affection assez sérieuse pour mériter toute l'attention du praticien. D'un autre côté, les évacuations sanguines en préviennent si rarement la suppuration, en abrégent si peu la durée naturelle, qu'il est bien permis de les soumettre à de nouvelles médications.

Une autre question se rattache d'ailleurs à celle-ci et en réhausse considérablement l'importance. Beaucoup de médecins, en effet, éprouvent une difficulté réelle quand ils veulent appliquer au croup ou à l'angine couenneuse le traitement de M. Bretonneau, et cela parce qu'il n'est pas toujours facile de distinguer dans les premiers temps l'angine maligne de l'angine simple. Or, cet embarras cessera d'exister si l'on parvient à démontrer que le même traitement réussit également bien dans les deux cas; que l'angine variolique, scarlatineuse, que toute angine non spécifique s'arrête sous l'influence des applications d'alun, et que celles même dont la suppuration est déjà formée, sont avantageusement modifiées par ce remède.

Si les expériences que j'ai faites récemment ne sont pas assez nombreuses encore pour résoudre complétement le problème, elles me paraissent au moins assez concluantes pour engager les médecins à les répéter. Vingt-cinq personnes y ont été soumises : chez toutes le résultat a été le même, c'est-à-dire que, dans tous les cas, l'inflammation a été arrêtée presque sur-le-champ. Un seul malade, un étudiant en médecine, qui s'était mis une grande quantité d'alun le soir, souffrant un peu plus le lendemain matin, ne voulut pas continuer; mais l'affection ne s'en éteignit pas moins au bout de quelques jours. Chez tous l'angine était accompagnée

(1) Anatomie des régions, t. 1, p. 154. Paris, 1835.

(2) *Gazette médicale*, t. 1, p. 3.

de fièvre, et le mal s'était déclaré brusquement. La plupart ont commencé le traitement dès le deuxième jour, lorsque la tuméfaction des amygdales était encore modérée. Dans ces cas toutefois, il y avait rougeur vive de tout le gosier, douleur et difficulté d'avaler, avec langue chargée et tous les autres symptômes de la première période des angines tonsillaires aiguës. Plusieurs en étaient au cinquième, au sixième, au septième et même au huitième jour, avec fièvre violente, rougeur et tuméfaction du visage, gonflement considérable des amygdales, et fermeture presque complète de l'isthme du gosier, difficulté de respirer, impossibilité d'avaler, soif, chaleur, etc. Dans deux cas la suppuration était imminente.

La médication a été la même pour tous : c'est le sulfate d'alumine et de potasse en poudre fine ou en gargarisme, que j'ai employé. Je me suis servi du doigt indicateur pour porter la poudre. Après l'avoir mouillé de salive ou d'eau, on le roule dans l'alun de manière à en enlever une couche épaisse, qu'il dirige très-bien dans le pharynx, pendant qu'avec l'indicateur de l'autre main, ou le manche d'une cuiller, on tient la langue abaissée. Un pinceau de charpie ou de linge fin, un morceau d'éponge, fixés à l'extrémité d'un manche, l'insufflation à l'aide d'un tube quelconque, rempliraient sans doute aussi bien le but, seraient probablement même préférables dans certains cas; mais le doigt offre l'avantage d'exiger moins d'apprêts et de moins effrayer les malades pusillanimes. Il permet en outre, en se courbant à la volonté du chirurgien, de conduire mieux le médicament partout où on le désire, d'en faire pénétrer dans les anfractuosités, dans les excavations des glandes malades et des parties voisines, dans tout le pharynx, derrière le voile du palais, et même jusqu'à l'entrée du larynx, en le tournant par en bas; il donne la facilité d'appuyer plus ou moins, de frotter en quelque sorte les parties enflammées, en proportion de l'effet qu'on a l'intention de produire, d'agir jusqu'à un certain point, malgré le malade, une fois qu'il est introduit dans la bouche, et de sentir assez exactement ce que l'on fait. A son aide, enfin, un adulte pourrait à la rigueur se médicamenter lui-même, ainsi que plusieurs de ceux dont j'ai recueilli l'histoire m'en ont donné la preuve.

La première dose étant placée, on retire le doigt, pour le charger d'une nouvelle quantité de poudre et le reporter sur d'autres points, de manière que toutes les portions puissent subir le contact de l'alun. Du reste, il est bon que le malade se lave la bouche auparavant, afin d'en enlever les mucosités épaissies. On recommence le soir de la même façon, ou même trois fois par jour si les accidens semblent le réclamer. Dans l'intervalle le malade se gargarise avec une solution chargée d'alun (de 2 à 4 gros pour 4 onces d'eau d'orge miellée).

L'opération détermine habituellement des nausées, de la toux et quelques efforts douloureux du pharynx; mais tout ceci n'est que momentané, et dépend entièrement de l'action mécanique du doigt au fond de la gorge. L'âpreté causée par l'alun, d'abord fort désagréable, ne tarde pas elle-même à disparaître.

La douleur et la fièvre manquent rarement de diminuer sensiblement après la première ou la seconde application. L'amélioration va ensuite en augmentant par degrés, de telle sorte que le troisième ou le quatrième jour, quelquefois même dès le lendemain, une convalescence franche et complète se décide. L'effet le plus remarquable de ce traitement est la cessation presque subite de la fièvre et le changement qui s'opère dans le timbre de la voix. Il semblerait qu'un principe délétère introduit dans l'organisme vient d'être neutralisé tout à coup, et que le mal se réduit aussitôt aux difficultés mécaniques en rapport avec l'excès de volume des parties.

Si l'angine est légère et que la gorge soit simplement rouge sans être encore gonflée, le gargarisme peut suffire, ainsi que je l'ai vu sur quatre malades : il a même complétement réussi dans un cas beaucoup plus avancé, chez un homme qui ne pouvait ouvrir la bouche par suite d'une maladie de la mâchoire inférieure. Cependant je crois qu'on aurait tort de s'en contenter dès que l'inflammation prend une marche rapide et menace de devenir un peu grave.

Une remarque qu'il importe encore de signaler et qui n'a point échappé à M. Laënnec, c'est qu'après l'usage de l'alun, les angines semblent avoir moins de tendance à se reproduire qu'à la suite des autres médications. J'ajouterai qu'avec ce traitement il est inutile de retenir les malades au lit, et qu'on peut leur accorder des alimens aussitôt qu'ils se sentent de l'appétit.

Des 25 observations que j'ai annoncées au commencement de cet article, treize ont été recueillies à la Pitié. Je n'en donnerai ici que quelques-unes aimant mieux reproduire celles que plusieurs étudians en médecine ont prises sur eux-mêmes ou sur leurs camarades traités d'après les indications précédentes. J'y joindrai les six faits que m'a fait remettre M. le docteur Joannin, qui pratique depuis longues années à Vanvres, où l'angine tonsillaire est extrêmement fréquente. Le mal ayant à peu près la même marche, et le remède ayant produit des effets à peu près semblables chez tous les sujets, il serait d'ailleurs superflu de rapporter en détail un plus grand nombre de faits à l'appui de ce que j'ai avancé.

Obs. I. (1) — Lapeyrac Jean, âgé de 30 ans, charpentier, garçon, très-brun, d'un tempérament sanguin, d'une santé habituellement bonne, n'ayant jamais eu de maux de gorge, éprouve dans la nuit du 8 octobre 1833, sans avoir fait d'excès, sans avoir éprouvé de refroidissement, en un mot sans cause appréciable, une douleur au gosier qui, s'accompagna d'un léger frisson, suivi d'un mouvement fébrile assez marqué. Depuis lors la déglutition est restée difficile, le malade s'est abstenu de nourriture, et toute sa médication s'est bornée à de la tisane d'orge.

(1) Recueillie par M. Bouillet.

Il entre, le 11, à l'hôpital de la Pitié, salle St.-Gabriel, n° 5.

Le 12, la fièvre persiste; les deux amygdales sont énormément tuméfiées, à tel point qu'elles se touchent et empêchent la déglutition. La gauche est plus volumineuse que la droite; du reste, toutes deux présentent une surface rouge, bosselée, couverte de taches blanchâtres dues à du mucus concret. La luette est rouge et relevée en arrière.

A l'aide du doigt indicateur mouillé, M. Velpeau porte sur l'une et sur l'autre une forte quantité d'alun en poudre.

Le 13, dès hier soir le malade se sentait de la fièvre; il demande à manger et dit avaler beaucoup plus facilement que la veille. Les deux amygdales ont tellement diminué que loin de se toucher elles sont distantes d'environ trois à quatre lignes. L'enduit blanchâtre continue à les recouvrir. Nouvelle application d'alun matin et soir; deux soupes.

Le 14, le malade a mangé facilement et avec appétit. Le mieux continue. Gargarisme aluminé. Alun matin et soir.

Le 15, le gonflement continue à diminuer, les bosselures des amygdales disparaissent, et il n'y a plus d'enduit blanchâtre.

Le 16, le malade sort pour reprendre ses occupations. Le peu de gonflement qui reste gêne à peine la déglutition.

Obs. II (1). — Marguerite Antoine, fille, âgée de 22 ans, d'une constitution robuste, cuisinière, entre le 15 octobre 1833, à l'hôpital de la Pitié, salle St. Jean, n° 15. Elle souffre depuis trois jours et dit avoir éprouvé trois fois le même mal, qui se termine ordinairement par un abcès et débute par une fièvre intense.

Le 16, la tuméfaction des amygdales est considérable; elles sont bosselées et d'un rouge très-vif. Toute la membrane muqueuse du pharynx, présente le même degré d'inflammation; la fièvre est forte, l'anxiété assez grande, à cause de la difficulté de la déglutition. On porte une forte dose d'alun à l'aide du doigt dans la gorge. Cette application est repétée le soir.

Le 17, la malade se sent mieux; le mouvement fébrile a diminué, mais il en reste encore un peu. Alun matin et soir.

Le 18, la malade a de la gaieté; la déglutition est possible; plus de mouvement fébrile. Bouillon.

Le 21, elle prend du pain. L'amygdale droite est moins tuméfiée que la gauche.

Le 23, état saburral. Purgatif.

Elle sort guérie le 26, ayant à peine de la tuméfaction aux amygdales.

Obs. III. (2) — Le nommé Nicolas est entré, à l'hôpital de la Pitié, salle St.-Gabriel, n° 25, le 6 novembre 1833, pour un mal de gorge datant de huit jours.

(1) Recueillie par M. Bouillet.

(2) Recueillie par M. Lebatard.

Ne rattachant son affection à aucune cause il continua son travail et ne changea rien à son régime ordinaire. Chaque soir il fut pris d'un redoublement de fièvre. La déglutition de la salive se faisait avec difficulté et douleurs. Les symptômes s'aggravant, au point de gêner la respiration, la malade prit le parti d'entrer à l'hôpital.

A la visite du 8, on observe une rougeur vive de la muqueuse buccale, et un engorgement des deux amygdales tellement considérable qu'elles comprimaient la luette. Au centre de l'amygdale gauche on remarque un point jaunâtre. Le doigt porté dans l'arrière-bouche sent une résistance et une apparence de fluctuation. Une petite ponction est pratiquée. Il n'en sort qu'un peu de sang, et l'amygdale ne diminue pas de volume. Pendant le jour la fièvre se maintient, ainsi que la difficulté de respirer. Un gargarisme fait avec deux gros de sulfate d'alumine pour quatre onces d'eau fut ordonné. Le malade en usa cinq fois. Le soir la rougeur est moins vive, et les mouvemens de déglutition moins douloureux.

Le 9, on ordonna le même gargarisme.

Le 10, les symptômes sont encore plus affaiblis.

Le 11, on ajoute 1 gros d'alun de plus au gargarisme.

Le 12, la rougeur est presque complétement disparue, les amygdales sont diminuées de volume; la respiration est plus libre, et la déglutition moins douloureuse; plus de fièvre; mieux général.

Le 13, même traitement.

Le 15, l'amélioration est encore plus marquée; le malade dit avaler sans aucune douleur, et n'ayant pris jusqu'ici que des potages, on lui accorde le quart.

Le 16, même traitement.

Le 17, les amygdales conservent encore un peu de gonflement; mais la rougeur et la tension ont disparu, et le malade demande sa sortie.

Obs. IV. (1) — M. Bouillet (Maximilien), étudiant en médecine, eut le 15 octobre 1833, à la suite d'un refroidissement aux pieds à l'amphithéâtre, quelques legers frissons, puis de la fièvre le soir et pendant toute la nuit.

Le 17, douleur vive à la gorge, déglutition difficile; amygdales gonflées, surtout la droite, qui présente un point déprimé rempli de matière blanchâtre. A 8 heures M. Velpeau me met de l'alun sur les parties enflammées. Malgré le mouvement fébrile et des lassitudes des membres; je ne changeai rien à mon régime ni à mes occupations (dissections). Je m'appliquai moi-même de l'alun le soir.

Le 18, le mieux est sensible; cependant la déglutition est encore difficile et fréquemment sollicitée, quoique moins douloureuse.

Le mouvement fébrile a cessé. A 9 heures, je remets de l'alun. Les amygdales restent rouges et gonflées, la droite surtout. Pas de tisane; rien de changé à ma vie

(1) Recueillie par le malade.

habituelle. Le soir, je sens la déglutition plus facile. Je mets moi-même de l'alun.

Le 19, la déglutition n'est ni douloureuse, ni sollicitée comme précédemment. J'ai disséqué hier soir, 5 heures, au froid et à l'humidité. Je continue mon régime échauffant.

Le 20, l'amygdale gauche est presque à son état normal. La droite est encore un peu tuméfiée, sans que rien m'en donne la conscience.

Obs. V. (1) — N° 24, salle Saint-Jean, se trouve une femme qui, après un séjour de peu de durée à l'hôpital de la Pitié, fut prise d'un mal de gorge dont elle ne se plaignit que le cinquième jour. A l'inspection de la cavité buccale, on remarque sur les amygdales et les parois de cette cavité plusieurs plaques couenneuses et une rougeur vive de toute la muqueuse. La déglutition est difficile et douloureuse ; il y a de la fièvre et beaucoup de chaleur à la peau. On envoya chercher à la pharmacie du sulfate d'alumine, et M. Velpeau en porta lui-même, avec l'indicateur, sur toutes les parties malades, avec prière à l'élève de semaine d'en remettre le soir.

Le lendemain les plaques avaient perdu leur aspect jaunâtre, et la rougeur de la muqueuse était sensiblement diminuée ; la déglutition était un peu moins douloureuse. Le même jour, on porta encore de l'alun sur les amygdales, et un gargarisme aluminé fut prescrit pour la journée. A la visite du troisième jour, cette femme n'accusait presque plus de douleur, et la rougeur de la muqueuse n'était plus que marbrée. On continua le traitement encore quatre jours, et la malade sortit guérie le sixième.

Angine bucco-pharyngienne.

Obs. VI (2). — M. A. G..., inspecteur des travaux du Panthéon, exposé chaque jour au froid et à l'humidité, fut pris, dans le courant du mois de décembre 1833, d'un mal de gorge qui s'annonça par une gêne de la déglutition, une tension du voile du palais, une rougeur vive de toute la cavité buccale et de l'arrière-bouche, un gonflement des amygdales et un accès de fièvre. Contraint de suspendre ses travaux, M G... me fit appeler. J'appris de lui que cette angine avait commencé depuis trois jours. J'examinai sa gorge, et je distinguai quelques plaques jaunâtres disséminées sur les parois de la cavité buccale et les tonsilles, qui étaient fort rouges et gonflées.

Je prescrivis un gargarisme avec 2 gros de sulfate d'alumine et de potasse pour 4 onces d'eau.

Le lendemain la rougeur était moins vive, la déglutition un peu plus facile, et le gonflement des tonsilles moins considérable. La luette semblait avoir un peu perdu de l'allongement anormal qu'elle présentait la veille. J'engageai le malade à continuer.

(1) Recueillie par M. A. Lebatard.

(2) Recueillie par M. Lebatard.

Le troisième jour il se sentait beaucoup mieux; la nuit avait été calme; la fièvre s'était dissipée; il n'avait plus de chaleur ni d'agitation, et les douleurs qu'il ressentait la veille en avalant un liquide, étaient complétement disparues. La rougeur était beaucoup moins vive; les plaques avaient perdu leur apparence jaunâtre, et n'étaient plus distinctes. M. G... continua encore quatre jours ce même traitement, et le cinquième il put reprendre ses travaux.

Obs. VII (1). — M. Pédélaborde, étudiant en médecine, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, est sujet depuis fort long-temps aux angines tonsillaires. Le traitement antiphlogistique qu'il a constamment employé pour dissiper cette inflammation, n'a jamais pu prévenir sa terminaison par la suppuration. Ayant été pris de nouveau d'une angine intense avec céphalalgie violente et fièvre, il saupoudra ses amygdales d'alun calciné, et usa dans l'intervalle d'un gargarisme d'alun concentré. Après 24 heures de l'emploi de ce médicament, les douleurs vives furent presque complétement dissipées ; la déglutition, qui était devenue impossible, s'opéra sans difficulté ; l'engorgement des amygdales ne se dissipa pas aussi rapidement, mais du reste les accidens disparurent comme par enchantement. Le malade, qui jusqu'alors avait gardé le lit pendant plus de huit jours dans les angines précédentes, et avait vu constamment un abcès terminer cette amygdalite, en fut quitte cette fois avant le troisième jour. Quelques jours après, l'angine reparut en partie à la suite d'un excès. Le même traitement amena le même résultat. Depuis plus de quatre mois le jeune homme n'a pas ressenti la moindre douleur du côté des amygdales.

Obs. VIII (2). — M. R., architecte, était affecté depuis plusieurs jours d'une inflammation assez vive des amygdales et des parties voisines. Il y avait fièvre, tuméfaction des glandes et difficulté assez prononcée dans la déglutition.

Le traitement antiphlogistique auquel le malade avait été soumis, resta sans effet appréciable. L'usage d'un gararisme d'alun très-concentré triompha au contraire des accidens, et dès le troisième jour les symptômes étaient entièrement dissipés. J'ai prescrit depuis le même traitement dans la même affection, avec le même succès.

Obs. IX (3). — M. D., étudiant en médecine, est pris d'angine tonsillaire, avec fièvre et céphalalgie. Les symptômes augmentent rapidement.

Le troisième jour, la difficulté de la déglutition est considérable, et la voix fortement altérée. Le malade se saupoudra lui-même avec de l'alun les amygdales, qui étaient tuméfiées. ainsi que les parties voisines, qui étaient rouges et vivement enflammées.

(1) Recueillie par le malade lui-même.

(2) Recueillie par M. Pédélaborde.

(3) Recueillie par M. Pédélaborde.

Le troisième jour, tout avait disparu, et la convalescence n'éprouva aucune entrave.

Je dois ajouter qu'en moins d'une année, j'ai vu M. Pédélaborde quatre fois en proie à l'angine tonsillaire dont il parle, et qu'une saignée du bras accompagnée chaque fois d'une ou de deux applications de sangsues au cou, ne l'ont point empêchée de se terminer en effet par un abcès.

Observations d'angines traitées au moyen de l'alun; par M. Joannin.

Obs. X. — Madame Duchesne, âgée de 50 ans, blanchisseuse, est prise tout-à-coup d'un violent mal de gorge. Appelé près d'elle le lendemain, je la trouve avec de la fièvre et de la céphalalgie. La déglutition était très-pénible. Les amygdales étaient rouges et tuméfiées. Il y avait en un mot tous les symptômes d'une angine assez intense. Je portai immédiatement de l'alun sur toutes les parties rouges ou malades. J'en fis autant matin et soir pendant deux jours. Le jour suivant les symptômes inflammatoires étaient en grande partie dissipés; au point que je cessai l'administration de l'alun. La guérison complète a suivi de très-près.

Obs. XI. — Mademoiselle Burleau, âgée de 17 ans, blanchisseuse, m'offrit les mêmes symptômes que le sujet de la précédente observation. Elle fut soumise à l'emploi de l'alun dès le lendemain de l'invasion. Je lui en saupoudrai les amygdales le matin et le soir, et le troisième jour elle se dit guérie.

Obs. XII. — M. Berton, étant affecté d'inflammation à l'amygdale droite, vint me consulter. La déglutition était très-pénible. Il y avait de la fièvre et de la céphalalgie. Je lui portai de l'alun trois fois au fond de la gorge. Le malade se sentant beaucoup mieux ne voulut plus de traitement; mais, deux jours après, l'amygdale gauche se prend à son tour. Je le soumis à l'alun comme la première fois, et après la première administration les symptômes ont été arrêtés. La guérison était complète le surlendemain.

Obs. XIII. — M. Cornu, bijoutier, était affecté depuis trois jours d'inflammation à la gorge; il offrait tous les symptômes d'une angine intense. Il a suffi de le soumettre à l'usage de l'alun pour les voir disparaître après lui en avoir saupoudré les amygdales cinq fois, à deux fois par jour.

Obs. XIV. — M. Chevallier, âgé de 60 ans, propriétaire, est atteint des symptômes d'une angine commençante. Il n'eut besoin que d'une seule application d'alun. Les progrès de l'affection ont été subitement arrêtés, et le malade ne s'en est plus ressenti. Il fut traité le lendemain de l'invasion du mal.

Obs. XV. — Mademoiselle Siochon, âgée de 18 ans, blanchisseuse, éprouvant tous les symptômes d'une inflammation aux amygdales, me fait appeler le second jour. Je lui saupoudre sur-le-champ la gorge d'alun, et cette seule fois suffit pour dissiper les accidens.

Tous ces malades ont été soumis en même temps à des fumigations de fleur de sureau par la bouche.

Si de pareils succès venaient à se vérifier, à se multiplier, le traitement des angines par l'alun serait d'une importance extrême dans les épidémies. Tous les médecins, en effet, à quelque doctrine qu'ils appartiennent, pourraient l'employer. Ceux qui croient que l'angine maligne et le croup ne sont que le plus haut degré d'une inflammation simple n'auraient aucune raison de le négliger dans le commencement du mal; ceux qui regardent la diphtérite comme une maladie spécifique ou spéciale, ne craignant plus de se méprendre, dans le principe, sur la nature de l'affection, en useraient sans hésiter à l'apparition des premiers symptômes. Le public n'ayant rien à redouter d'un semblable remède, pourrait le mettre lui-même en pratique, en attendant le médecin, au fond des provinces, et partout où il est impossible de consulter d'abord un homme de l'art. L'alun étant une substance très-commune et d'un très-bas prix, il serait permis à tout le monde d'en avoir chez soi. Enfin dans les campagnes, les médecins pourraient, à l'instar de M. Joannin, en porter constamment sur eux à la moindre menace d'une épidémie croupale, et les bienfaits possibles de cette médication deviendraient ainsi presque incalculables.

II. *Inflammation buccale par pincement de la membrane muqueuse contre les dents molaires.*

Plusieurs inflammations de la bouche cèdent également bien au sulfate d'alumine et de potasse. J'en ai souvent fait l'expérience sur celle qui se manifeste chez beaucoup de jeunes sujets, et même dans l'âge adulte, entre les dernières dents molaires et à la face interne des joues. Il est peu de personnes qui n'aient éprouvé cette indisposition. Quand les dents dites de sagesse sont peu saillantes, on observe parfois que la portion la plus reculée de la gencive, arrêtée par l'apophyse coronoïde, s'avance un peu sur celle d'en bas, de manière à être mâchée ou pincée pendant la mastication. La même chose a lieu pour la joue, et le gonflement qui en est la suite favorise le renouvellement du même accident. Or, cette phlegmasie, ordinairement accompagnée d'une certaine fétidité et de douleurs vives, d'une teinte grise et d'un état fongueux, saignant, des parties qui ont été en contact avec les dents, disparaît presque subitement sous l'influence des applications d'alun. Seulement, il faut que la poudre stiptique soit portée sur tous les points de la surface malade, glissée par exemple sous le lambeau, l'espèce de repli qui tend à recouvrir la dernière molaire d'arrière en avant, de même qu'entre le liséré gengival et le collet des autres dents partout où il est affecté. Le tout ici dépend de la personne qui applique le médicament. Comme les malades alors n'ouvrent pas toujours la bouche sans difficulté, il arrive quelquefois qu'une partie de la couche affectée échappe à l'alun. Aussi peut-il devenir utile dans certains cas de remplacer le doigt par un petit pinceau qui permet d'aller avec la poudre jusqu'au fond de la ramure enflammée. Pour la joue, le pansement

n'a rien d'embarrassant, et rien ne s'oppose à ce que les malades le fassent eux-mêmes.

A l'aide de telles précautions, une amélioration marquée est obtenue dès le premier jour, et la guérison se complète ordinairement du troisième au sixième. L'exsudation couenneuse s'efface par degrés. La douleur, la fétidité de la bouche, diminuent en même proportion, ainsi que l'engorgement sous-maxillaire, s'il existe. Le mouvement de la mâchoire devient plus facile, et la mastication de moins en moins pénible. Les parties perdent ensuite de leur mollesse, de leur aptitude à répandre du sang, se rétractent, reprennent enfin leur état naturel, et cessent bientôt d'exiger aucun soin particulier.

Si le pansement est mal fait, au contraire, les accidens se maintenant, le malade en accuse presque toujours le traitement, qu'il refuse souvent alors de continuer. C'est ce que j'ai vu plusieurs fois. Le fils du portier de l'hôpital de la Faculté, étant affecté de la phlegmasie dont il s'agit, vint me consulter. Je lui prescrivis la poudre d'alun, et montrai à sa sœur la manière de l'appliquer. Il me dit le quatrième jour ne point éprouver de mieux. Je pris le parti de le panser moi-même, et en trois jours il fut guéri. Sa sœur et lui convinrent que le remède n'avait pas été porté par eux jusqu'au fond de la bouche. J'ai eu l'occasion de faire la même remarque à l'hôpital Saint-Antoine et à la Pitié, lorsque je m'en rapportais à un élève qui ne s'était pas fait une idée nette du mal ou de l'action du médicament. Ceux qui l'emploieront avec le désir d'en tirer parti doivent donc se le tenir pour dit: le succès de cette médication dépend de la manière dont on l'emploie, bien plus que de l'étendue du mal. Je l'ai maintenant essayée plus de vingt fois, et je l'ai trouvée d'une efficacité si constante, que je me croirais coupable de ne pas en faire part aux praticiens.

Ce mémoire est rédigé depuis le mois de décembre 1833. Si je le donne tel qu'il était alors, c'est que l'expérience a confirmé de plus en plus l'exactitude des assertions qu'il renferme sans que j'aie à en supprimer une seule remarque. Les observations que j'aurais pu y ajouter sont nombreuses, mais elles ne diffèrent en rien de celles qui s'y trouvent consignées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDECINA.

(Cahier de janvier 1835).

Compte-rendu de la clinique de l'institut d'obstétrique de Pavie, dirigé par le professeur Th. Lovati, pour l'année scolaire 1832-33; par le docteur Ant. Trezzi, assistant à cette clinique.

Ce compte-rendu n'occupe pas moins de 54 pages des Annales: mais la majeure partie est consacrée au récit d'observations qui n'offrent pas un assez grand intérêt pour les reproduire. Nous nous bornerons aux faits qui nous ont paru avoir une importance réelle.

Il est entré à la clinique dans le cours de l'année 1832-33, 86 femmes dont 45 primipares, toutes avec une vraie grosse utérine; 80 ont accouché à terme, 4 avant terme spontanément; chez les deux autres l'accouchement a été avancé par les secours de l'art. Dans 13 cas, le bassin était vicié par étroitesse; toutefois dans cinq cas seulement il fut besoin d'employer les ressources de l'art. Une femme qui offrait un rétrécissement d'un pouce pour tous les diamètres du bassin, accoucha cependant naturellement; la tête du fœtus était moindre à la vérité que de coutume; mais surtout elle se prêta à un tel degré de réduction que le diamètre bi-pariétal qui, au moment de l'accouchement, n'offrait que trois pouces, quelques heures après présentait trois pouces un quart.

La viciation par ampleur n'eut pas les conséquences que lui attribuent les auteurs. Chez trois femmes, le bassin offrait un excès d'ampleur d'un pouce pour tous ses diamètres; toutefois l'accouchement se fit sans aucun inconvénient, à raison de la résistance modérée qu'opposèrent les parties molles.

Il n'y eut que deux grossesses doubles; total 87 enfans, dont 46 garçons et 41 filles. Trois seulement étaient morts en naissant; 9 en état d'apoplexie sur lesquels 4 succombèrent; 4 en état d'asphyxie sur lesquels 3 seulement purent être rappelés à la vie; 75 vivans et bien portans. Le poids de ces enfans varia entre trois livres cinq onces de Vienne, et neuf livres sept onces; leur longueur entre 14 pouces 9 lignes et 20 pouces.

Quant aux placentas, leur plus grande circonférence fut de 30 pouces; la moindre de 13 pouces; leur poids varia entre 9 onces et deux livres. Le cordon ombilical le plus court était de 12 pouces et le plus long de 34.

Dans les deux cas de grossesse double, les poches étaient complétement séparées, bien qu'avec un placenta unique; et une injection faite avec soin ne put démontrer aucune trace de communication entre les deux cordons.

Pour ces 87 enfans, on reconnut les positions suivantes:

Occiput.	1re position.	54.
	2e —	27.
	4e —	1.
Fesses.	1re position.	1.
	4e —	1.
Face.	2e position cardinale.	1.
Epaule droite.	2e position.	1.

Enfin un fœtus présenta à la fois la tête en position droite, les pieds en position gauche et le bras droit sorti.

Le professeur Lovati a fait depuis 1826, une série d'expériences pour constater la valeur du seigle ergoté pour procurer l'accouchement prématuré. Dans un cas où il

avait résolu de pratiquer la ponction des membranes, il administra dans l'espace de trois jours 54 grains de seigle ergoté, sans déterminer le moindre effet sur la matrice, ni le moindre inconvénient pour l'estomac. En 1827, il reprit cet essai sur deux femmes auxquelles il donna, dans l'espace de trois jours, 90 grains de cette substance, sans en obtenir davantage. Il en avait conclu que le seigle ergoté a bien la faculté de raviver les contractions affaiblies de l'utérus, mais non point de les déterminer dans le cours de la grossesse.

Un dernier fait recueilli en août 1833 a jeté quelque doute sur la seconde partie de cette proposition.

Obs. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant le bassin rétréci d'un pouce dans tous ses diamètres. Déjà en 1831, étant enceinte pour la première fois, on avait provoqué l'accouchement prématuré à l'aide de quatre morceaux d'éponge préparée, introduits successivement dans le col de l'utérus; l'enfant, bien qu'au huitième mois, était venu vivant. Enceinte pour la seconde fois, elle se hâta devenir à la clinique. Le 9 août au matin, la grossesse datant de 7 mois et quelques jours, on l'examina attentivement; le col utérin était long, résistant; son orifice externe légèrement ouvert, l'interne complétement fermé; nul indice d'un travail prochain. Comme on voulait procurer l'accouchement prématuré, on prescrivit 30 grains de seigle ergoté en six doses, dans l'espace de 28 heures.

Le 10 août à midi le travail se déclara; à onze heures trois quarts du soir l'enfant était sorti dans un état apoplectique dont on ne put le tirer. Il pesait 5 livres 12 onces. La mère succomba le 19 à une phlébite utérine compliquée de péritonite. L'examen du bassin fit reconnaître qu'on avait bien estimé sa capacité; le diamètre sacro-pubien n'avait que 2 pouces 10 lignes.

Admettra-t-on que le seigle ergoté a été l'unique moteur de cet accouchement? M. Lovati en doute, soit à cause des insuccès déjà cités, soit à raison de la petite dose de la substance employée; il est possible que l'accouchement ait dû se faire spontanément à cette époque, et que l'administration du seigle ergoté ait été une simple coïncidence. Mais quant à la propriété du seigle ergoté de réveiller les contractions utérines, M. Lovati la tient pour certaine, et cette année a fourni plus d'une occasion de la constater de nouveau.

On n'a compté que cinq accouchemens non naturels, deux qui ont exigé le secours de la main à raison de la mauvaise position du fœtus, trois qui ont réclamé les instrumens pour cause d'étroitesse du bassin. Mais il est essentiel ici, pour éviter toute erreur, de signaler la distinction établie par l'école de Pavie entre les accouchemens *naturels difficiles* et les accouchemens *non-naturels*. C'est pour n'avoir pas connu cette distinction que M. Velpeau a écrit, page 154 de son *Traité élémentaire de l'art des accouchemens :* « Il existe de » grandes différences.... entre les résultats obtenus à » Londres et ceux qu'on observe à la maternité de Paris; » entre ceux que mentionne Boër, et ceux de la clinique de Pavie; puisque, d'après M. Lovati, sur 67 accouchemens il en est 22 qui ont exigé des secours.... » tandis que dans le résumé de Boër, sur un total » de 9590, 102 seulement ont exigé la version, l'emploi » du forceps, ou la perforation du crâne. » Cette dernière phrase explique la différence signalée dans la première; et qui résulte de la différence des simples secours, tels qu'une saignée, l'administration de moyens propres à réveiller l'énergie utérine, la rupture artificielle des membranes, etc., et les graves opérations pratiquées 102 fois par Boër. Le professeur Lovati avait déjà établi cette distinction dans son Compte-rendu de l'année 1822-23, inséré dans le cahier de janvier 1824 des *Annales*.

Des deux accouchemens manuels, l'un nous offre un nouvel exemple d'accouchement provoqué; et comme cette matière est encore neuve en France, nous reproduirons l'observation avec quelques détails.

Obs. — Thérésa M., âgée de 34 ans, de petite taille, mais sans aucune trace de rachitisme, avait le bassin tellement vicié, que, au pelvimètre seul (1), il ne donnait que 5 pouces 9 lignes pour le diamètre antéro-postérieur, et 8 pouces pour les diamètres obliques. En juin 1827, arrivée à la fin du huitième mois d'une première grossesse, le travail s'était déclaré spontanément, mais l'accouchement n'avait pu être terminé qu'avec le forceps. Le professeur Lovati l'avait donc avertie, en cas d'une nouvelle grossesse, de se présenter dès le septième mois. Elle revint en effet à la clinique le 2 décembre 1832, grosse de sept mois presque révolus. L'étroitesse du bassin de nouveau vérifiée au pelvimètre, le professeur se décida à employer l'éponge préparée qui lui avait si heureusement réussi en 1831 et 1832.

En conséquence, du 10 au 13 décembre, on appliqua cinq morceaux d'éponge préparée, dont on augmentait les dimensions à mesure que l'orifice utérin se dilatait davantage. Ces applications donnèrent lieu à des douleurs plus ou moins fortes, qui, du col de l'utérus, se propageaient aux autres régions de ce viscère, et allaient se perdre dans les lombes. Dans les nuits du 12 et du 13 eurent lieu quelques vraies contractions de courte durée, mais non assez caractérisées pour indiquer un commencement de travail. Lorsqu'on appliqua la quatrième éponge, le col utérin était presque disparu, le segment inférieur mou, et la dilatation de l'orifice telle, qu'un accoucheur qui n'aurait pas su par quels moyens on l'avait obtenue, aurait cru le travail à sa troisième période. Mais la cinquième éponge, au lieu d'exciter la contraction des segmens supérieurs de l'utérus, irrita le segment inférieur au point que l'orifice se rétrécit et devint chaud et douloureux. Cet accident dura peu et disparut en quelques heures moyennant des injections d'huile tiède dans le vagin. Mais la femme ayant été examinée 24 heures après, on reconnut avec surprise

(1) C'est-à-dire mesuré à l'extérieur, et sans déduction pour les parois du bassin, ce qui réduit le diamètre antéro-postérieur à moins de 3 pouces.

que la partie inférieure de l'utérus était revenue au même état que dans la matinée du 10, avant l'introduction d'aucune éponge.

Ce moyen dut donc être abandonné; et le 16 au matin on procéda à la ponction des membranes, à l'aide de la sonde à dard. Vingt heures après le travail se déclara; et le 17, vers midi, les douleurs étant devenues continuelles, et l'utérus un peu sensible au toucher, on tira du bras quelques onces de sang; après quoi les douleurs suivirent une marche régulière. A une heure après midi l'orifice offrit une dilatation médiocre; et il en était sorti une anse du cordon ombilical dont on sentait parfaitement les pulsations. On reconnaissait en avant et à gauche le pied droit du fœtus, en arrière la main droite; et la tête appuyée sur la fosse iliaque droite. Le cordon fut reporté dans l'utérus, et maintenu réduit avec un morceau d'éponge. A cinq heures du soir la dilatation étant augmentée, on put mieux préciser le diagnostic. La partie la plus avancée était la main droite qui se trouvait en arrière le long de la ligne médiane; plus haut on sentait les deux pieds dont les talons étaient tournés vers le côté gauche du bassin de la mère; la tête était à droite, l'occiput appuyé sur la fosse iliaque droite, le bregma considérablement abaissé; et du centre de toutes ces parties pendait une anse volumineuse du cordon ombilical.

Quel diagnostic pouvait-on porter sur ces apparences? Y avait-il là deux fœtus présentant l'un les pieds, l'autre la tête, ou n'y avait il qu'un fœtus courbé sur le dos, présentation bizarre, mais qui s'est déjà offerte une autre fois à cette clinique? Dans tous les cas il fallait aider la nature; on repoussa la tête et on amena l'enfant par les pieds. C'était une fille d'une longueur de 16 pouces 9 lignes, que les apparences faisaient juger du milieu du huitième mois; elle était dans un état d'asphyxie tel qu'on ne put la sauver.

La mère eut à la suite de cet accouchement une légère métrite, vaincue par quatre saignées; mais sur le déclin de la maladie, une nuit qu'elle était en sueur, elle sortit du lit pour se promener par la chambre, sous prétexte d'essayer si les saignées ne l'avaient point affaiblie. Il en résulta une pleuro-pneumonie grave, dont on vint à bout cependant par un traitement antiphlogistique énergique; et la femme sortit parfaitement rétablie 20 jours après être accouchée.

De cette observation on peut déduire deux conséquences importantes. 1° L'emploi de l'éponge n'est pas un moyen toujours efficace d'exciter les contractions utérines, et la ponction des membranes jouit seule à cet égard d'une constante efficacité. Toutefois l'éponge mérite d'être essayée dans tous les cas où l'on veut provoquer le travail, d'abord parce qu'elle n'entraîne aucun inconvénient, même quand elle ne réussit pas; et que si elle réussit, elle a ce grand avantage de produire toutes les conditions de l'accouchement naturel, et de rendre moins périlleux le passage du fœtus à travers le bassin. 2° Il y a lieu de s'étonner comment le segment inférieur de l'utérus, dans un si court espace de temps et après des changemens si remarquables, a pu retourner à son premier état. Cette tendance de la matrice à rentrer dans le repos, quand le stimulus qui déterminait ses contractions a cessé d'agir, avait déjà été notée par Baudelocque, dans la section de son ouvrage qui regarde l'accouchement prématuré proposé pour éviter l'opération césarienne.

Cette opération redoutable fut pratiquée une fois; et laissant de côté les deux autres cas d'accouchemens non-naturels qui furent terminés à l'aide du forceps, c'est par cette observation que nous terminerons nos emprunts à cette revue.

Obs. Angiola G..., âgée de 25 ans, atteinte du rachitis à l'âge de 6 ans, et déformée par cette affection d'une manière étrange, entra à la clinique le 3 février 1833. Un examen attentif donna les résultats suivans.

Cette femme était haute de 3 pieds, 9 pouces, 5 lignes; la colonne vertébrale courbée en S sur les côtés, offrait une gibbosité au dos et à la poitrine; le bassin fort incliné, petit aplati d'avant en arrière, donnait au pelvimètre 4 pouces 11 lignes pour le diamètre droit: 6 pouces 10 lignes pour le diamètre oblique gauche; 7 pouces 4 lignes pour l'oblique droit. Le ventre était très-volumineux; le fond de l'utérus occupait la partie la plus élevée de la région épigastrique, et s'inclinait légèrement à droite; à raison de la petitesse et de la forte inclinaison du bassin, les parois abdominales étaient prodigieusement distendues, et formaient avec l'utérus un globe qui pendait au-devant des cuisses; l'ombilic était par suite tellement tiré en bas qu'il demeurait caché sous la partie inférieure du ventre, où l'on sentait un corps dur, saillant, constitué par la tête du fœtus. L'exploration intérieure était très-difficile, les doigts ne pouvant être convenablement écartés, tant à cause du volume du ventre qu'à cause de l'inclinaison du bassin. Le vagin contournait la symphyse des pubis pour joindre le col utérin qui était hors du bassin et en avant de cette symphyse; en sorte que le doigt explorateur sentait le segment inférieur de la matrice plutôt avec l'ongle qu'avec la pulpe et était pour cela obligé de se plier sur lui-même.

Le 9 mars, à trois heures du matin, après quelques douleurs légères séparées par de longs intervalles, les eaux s'écoulèrent en totalité. Toutefois la journée fut calme; ce ne fut que le 10 au matin que les contractions acquérant de la force, le segment inférieur de l'utérus alla en s'amincissant, et l'orifice dilaté permit de sentir une portion de la tête qui appuyait sur la symphyse des pubis. A deux heures après midi, la dilatation était comme à la fin de la seconde période du travail, et le contour de l'orifice mou et disposé à céder. Il n'y avait aucun doute sur le parti à prendre, et le moment semblait être le plus opportun. Tel fut l'avis des professeurs Cairoli, Panizza, Platner et Scarenzio, assemblés en consultation par M. Lovati. On procéda donc à trois heures à la gastro-hystérotomie.

Les parois abdominales divisées, bien qu'on eût cor-

rigé l'obliquité, la trompe de Fallope du côté gauche se présenta à la plaie, et ceci à raison du mouvement de rotation qu'exécute la matrice sur elle-même lorsqu'elle se rend oblique, mouvement qui est toujours dirigé vers le côté de l'abdomen où incline le fond de l'utérus. On ramena cet organe le plus possible à sa position normale, et on divisa sa paroi antérieure; aussitôt se présentèrent les fesses du fœtus; on en fit l'extraction, puis on ôta également le placenta, et l'utérus se contracta sur lui-même. Quelques points de suture entrecoupée, des bandelettes agglutinatives, des plumaceaux et un bandage de corps constituèrent l'appareil. Il s'écoula peu de sang durant l'opération: mais il est à noter que dès que le bistouri pénétra dans l'abdomen, il en sortit une médiocre quantité de sérosité sanguinolente.

Une heure et demie après l'opération se manifestèrent tous les signes d'une hémorrhagie interne, qu'on arrêta par l'administration de 10 grains de seigle ergoté. Mais il survint des symptômes de péritonite très-graves, et la malade succomba le 15 mars, à trois heures et demie du matin.

A l'autopsie, on trouva les bords de la plaie abdominale adhérant en grande partie par une lymphe plastique aux viscères sous-jacens, c'est-à-dire en haut, à l'épiploon, en bas à l'intestin grêle, dont une anse faisait saillie au centre de la plaie et offrait une tache noirâtre d'un pouce et demi de circonférence. Cette tache était limitée à la tunique séreuse. L'utérus offrait un volume tel que son diamètre longitudinal n'avait pas moins de 7 pouces 2 lignes; le transversal 5 pouces 6 lignes; sa plus grande circonférence, 12 pouces. La plaie de cet organe, longue de 3 pouces, large de 2 dans sa plus grande largeur, offrait des bords renversés, gonflés, noirâtres; elle occupait la paroi antérieure et se dirigeait de gauche à droite. Le bassin était incliné de telle sorte que le diamètre droit du détroit supérieur figurait une ligne perpendiculaire à l'horizon; il était peu altéré dans sa forme; seulement la paroi cotyloïdienne gauche saillait à l'intérieur de manière à ne laisser entre elle et le centre du promotoire du sacrum qu'un intervalle de 2 pouces 1 ligne.

Nous témoignerons ici tout notre regret qu'une observation, si pleine de détails sous d'autres rapports que nous en avons négligé plusieurs, en soit si dépourvue pour tout ce qui touche à l'opération même. On n'indique pas même le procédé qui a été suivi; quelques mots de l'autopsie nous permettent tout au plus de le présumer. Ce reproche ne s'adresse pas seulement à ce fait, mais à presque tous ceux qu'on nous a transmis sur la même matière; si bien que l'histoire de l'opération césarienne dans les ouvrages les plus récens et les plus estimés, semble avoir été imaginée dans le cabinet plutôt que tracée d'après nature. A peine deux ou trois observations échappent au blâme général que nous venons d'émettre; ce sont celles-là que devront consulter et méditer les auteurs de médecine opératoire qui voudront donner à leurs lecteurs quelques idées plus précises sur cet important sujet.

Observation de glossoraphie, par le docteur Domenico Branca.

La suture de la langue, soit après une opération, soit dans les cas de plaies accidentelles de cet organe, est en général une opération peu difficiles; toutefois il peut se rencontrer des circonstances qui la rendent plus délicate à exécuter, et où le procédé très-simple imaginé par le docteur Branca présentera une réelle utilité.

Obs. — Sur la fin de septembre dernier, dit l'auteur, on m'amena une petite fille de 13 mois, qui étant tombée sur le menton au moment où elle tirait la langue, avait eu cet organe divisé transversalement avec les dents dans les deux tiers de sa largeur et dans toute son épaisseur, à environ 6 lignes de sa pointe. Il en résultait un lambeau qui pendait hors de la bouche d'une manière difforme, et empêchait l'enfant d'avaler aucun aliment. L'accident datait seulement de quatre ou cinq heures, en sorte que je conçus l'espoir d'obtenir la réunion du lambeau à l'aide d'un point de suture.

Ayant enfilé une aiguille d'un fil assez gros et ciré, je voulais l'enfoncer dans la face dorsale du lambeau, à 2 lignes du bord de la division; mais je n'aurais pu tenir assez fortement ce lambeau avec les doigts de la main gauche, soit parce qu'il était trop glissant, soit parce qu'un mouvement de tête de l'enfant aurait suffi pour le séparer complétement du reste de la langue. Je me souvins du procédé employé par les orfèvres pour percer le lobule de l'oreille; et ayant placé un morceau de liége sous la face inférieure du lambeau, je traversai celui-ci avec l'aiguille, qui s'enfonça du même coup de quelques lignes dans l'épaisseur du liége; puis, dégageant le liége, je soutins le lambeau à l'aide d'une pince à anneaux dont les branches étaient écartées d'environ une ligne; et dans cet écartement j'enfonçai l'aiguille et la retirai avec le fil dont elle était armée. Dans le point correspondant de l'autre lèvre de la division, je fis repasser l'aiguille de bas en haut, la concavité en avant; et après avoir laissé un peu respirer l'enfant, j'affrontai les bords de la division, et les maintins en serrant le point de suture.

Je recommandai de ne pas donner le sein à l'enfant, et de le nourrir avec des bouillons, des panades et des œufs. Trois ou quatre jours après on aurait dit que les lèvres de la plaie n'étaient plus en contact; mais c'était une fausse apparence provenant de leur tuméfaction. Au bout de dix jours la réunion était parfaite et tellement régulière, que rien n'indiquait que la langue eût souffert une aussi grave lésion.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Observation de grossesse extra-utérine, par Fr. Petrunti, professeur de clinique chirurgicale à l'université royale des Etudes, etc.

Les fastes de la science ne manquent pas d'histoires de grossesses extra-utérines terminées sans danger de

mort pour la femme ; mais celle-ci présente quelques circonstances intéressantes, et d'ailleurs les réflexions qu'y a jointes M. Petrunti, l'un des plus célèbres représentans de la chirurgie napolitaine, nous ont paru dignes de fixer l'attention de nos lecteurs.

Obs. — Thérésa Monaco, âgée de 36 ans, mère de cinq enfans, éprouva en août 1833 une suspension de règles avec tous les symptômes qu'elle avait ressentis dans ses grossesses précédentes, et des douleurs qui firent croire à une hystéralgie. Trois mois après, une tumeur dure, circonscrite, inclinant du côté droit, se montrait au-dessus des pubis ; et comme la continuité des douleurs avait fait révoquer en doute la réalité d'une grossesse, cette tumeur fut prise pour un engorgement scrophuleux de l'ovaire droit, et traitée en conséquence par tous les remèdes anti-scrophuleux, mais sans aucun fruit.

En novembre, la femme ressentit dans la tumeur de légers et obscurs mouvemens comme ceux d'un fœtus, qu'elle fit constater également par le docteur de Marinis. Dès-lors la grossesse était hors de doute, les seins commencèrent aussi à rendre un peu de sérum et de colostrum. Les douleurs continuaient toujours ; la constipation était opiniâtre ; en sorte que quelques médecins, persistant dans leur premier diagnostic, et attribuant les mouvemens ressentis à l'accumulation du sang des menstrues dans la cavité utérine, proposèrent le seigle ergoté pour l'évacuer. Le seigle ergoté fit en effet écouler de l'utérus un peu de sang dissous, avec un caillot sanguin et une petite poche qu'on prit pour un faux germe. Les douleurs s'accrurent, la constipation ne cédait pas même aux drastiques les plus énergiques ; mais les mouvemens du fœtus ne se sentirent plus. On était alors dans le courant du sixième mois.

Elle vécut ainsi encore un mois, tourmentée par le besoin d'aller à la selle ; et enfin le ténesme devint si violent, qu'elle ne put s'empêcher de s'introduire l'indicateur dans le rectum, afin d'en extraire les matières dures qu'elle pensait y séjourner. Elle n'en trouva aucune ; mais portant le doigt à une certaine hauteur, elle rencontra un corps dur et piquant dont la présence l'effraya. Cependant, quelques jours après, elle répéta cette tentative avec deux doigts, et parvint à tirer au dehors le corps étranger, qui fut reconnu pour une portion d'un os maxillaire supérieur appartenant à un fœtus de quelques mois. Il fut manifeste alors pour tout le monde qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, et la femme fut conduite à Naples.

Quand je la vis, elle ne paraissait pas pouvoir vivre long-temps ; elle avait de la fièvre, l'abdomen chaud et tuméfié, des douleurs spécialement dans la région hypogastrique ; les urines étaient bilieuses ; à la constipation avait succédé une diarrhée de matières corrompues, très-fétides, véritablement cadavériques. Je prescrivis des bains, un régime rafraîchissant ; et le lendemain je procédai à l'extraction du fœtus.

Je portai dans le rectum l'indicateur gauche ; et ayant découvert la petite ouverture communiquant avec le sac amniotique, je parvins à y pénétrer ; puis je me servis du doigt pour y diriger une tenette à polype, avec laquelle je retirai un os. Cette manœuvre fut répétée tant que la femme eut la force de la supporter. Après avoir ainsi extrait les os du crâne et toute la colonne épinière, je fis des injections émollientes et remis l'opération au lendemain. Il fallut quatre jours consécutifs pour retirer tous les os avec les chairs ; le sac amniotique fut abandonné à la nature ; seulement on continua les injections détersives ou astringentes jusqu'à ce que la cavité se rétrécit, et que l'ouverture de communication fut oblitérée. La malade reprit des forces dès ce moment ; au bout de deux semaines elle était retournée en bon état dans sa famille ; et aujourd'hui elle jouit encore de la meilleure santé.

Les réflexions que ce fait peut suggérer se rattachent à plusieurs chefs.

1° La chirurgie possède-t-elle quelque moyen de remédier à cette déviation de la conception ? Nous le croyons très-difficile, dit M. Petrunti, mais non pas impossible. Par exemple, si l'on était parvenu à préciser le lieu qu'occupe le fœtus, et l'époque de son développement, l'opération césarienne ne serait-elle point praticable ? Une première tentative a été faite à Paris en 1802, dans un cas analogue ; une autre fois, Brewer l'a essayée à Leipsick ; malheureusement les journaux n'ont point dit quel en fut le succès. Mais ces premiers essais autorisent à en faire de nouveaux.

2° On professe généralement que l'œuf fécondé est transporté dans l'utérus. Si, dans le trajet de l'ovaire à la trompe, il échappe et tombe dans l'abdomen, ou bien il y est dissout et perdu, ou bien, comme une plante parasite, il s'attache à la surface de quelque viscère, en reçoit sa nourriture sans l'apauvrir ; loin de là, il y détermine un développement et une vie plus considérables. Ceci est démontré par l'anatomie pathologique.

3° L'œuf s'attache indifféremment à toute surface. On l'a trouvé attaché aux trompes, au diaphragme, au foie, à la rate, aux intestins, au mésentère, etc. La face interne de l'utérus ne jouit donc d'aucun privilége à cet égard.

4° Le fœtus, partout où il se développe, étant toujours une plante parasite, il est peu étonnant qu'il cause de si étranges souffrances à la mère. Si ces souffrances existent même dans la grossesse naturelle, que doit-ce être dans la grossesse extra-utérine, où un viscère quelconque est obligé de remplir une fonction qui lui est étrangère !

5° Le développement et l'accroissement du fœtus doivent toujours être en rapport avec la vascularité du viscère auquel il est attaché, de son volume, de sa sensibilité, etc. Delà aussi de la variété dans les symptômes éprouvés par la mère.

6° Il en résulte aussi que, dans la grossesse extra-utérine, jamais le fœtus ne peut arriver à sa maturité, soit par faute de nourriture, soit par étroitesse de la poche qui le reçoit, ou enfin parce que aucun viscère ne peut remplir les fonctions de l'utérus durant neuf mois entiers. Il périra donc après un temps déter-

miné. C'est au médecin à fixer l'époque passé laquelle il ne peut vivre, pour recourir auparavant à un moyen, même violent, de sauver à la fois la mère et l'enfant.

7° Il est probable que, dans notre observation, l'œuf était attaché à la face externe de l'intestin rectum ou à quelque partie voisine, ce qui expliquerait la constipation opiniâtre et les autres symptômes. Le fœtus renfermé dans le petit bassin a cessé de vivre quand cette cavité ne lui a plus permis de se développer davantage; et la poche amniotique se sera ouvert par ulcération une communication avec l'intestin rectum.

8° Le seigle ergoté a-t-il déterminé ici la mort du fœtus? Il est certain que de semblables grossesses ont duré beaucoup plus de six mois; que quelques-unes même ont été jusqu'à terme (Haller, Simon, Galli, Baudelocque, etc). Il est certain même que les fœtus ont pu prendre un développement suffisant et même plus grand que dans l'utérus. (*Dict. des sciences médicales.*) (1).

9° On a vu dans ces grossesses survenir tous les phénomènes qui annoncent la grossesse naturelle : nausées, vomissemens, goût dépravé, etc.; on a vu même les seins se gonfler et sécréter du lait. Toutes ces sympathies n'appartiennent donc pas exclusivement à l'utérus; peut-être sont-elles un accompagnement nécessaire de la génération, en quelque lieu et de quelque façon que se développe le nouvel être.

10° On a vu que le seigle ergoté avait expulsé de l'utérus du sang et une sorte de poche membraneuse. Bertrandi, William et Galli ont vu des faits analogues. Qui expliquera pourquoi l'utérus vide participe à l'irritation que le développement de l'œuf détermine ailleurs, et entre dans une action morbide qui le soumet à l'influence du seigle ergoté? Pourquoi aussi, comme cela a été vu, la matrice ouvre-t-elle son orifice et se contracte-t-elle dans son fond de la même manière que si elle avait un fœtus à expulser?

11° Ce qui est incompréhensible pour moi, c'est que, quand le fœtus extra-utérin est arrivé à sa maturité, ou qu'avant cette époque la nature veuille s'en débarrasser, les douleurs de l'enfantement se fassent sentir dans le kyste même qui contient le fœtus, et très-peu dans l'utérus. Ce kyste accidentel est-il donc susceptible de contractions? Baudelocque paraît l'avoir observé. Maintenant se contracte-t-il de la même manière que l'utérus? Je laisse ce problème à résoudre aux physiologistes.

12° La femme qui porte une semblable grossesse peut se regarder comme perdue, elle et son enfant. Les cas où le fœtus mort s'est fait jour à travers quelque point des parois abdominales sont rares. Bien plus rares encore sont ceux où le fœtus mort s'est desséché et comme pétrifié dans son kyste. Morand a réuni beaucoup de faits curieux de fœtus qui ont séjourné dans l'abdomen ou dans l'utérus de la mère pendant 25, 30, 40 et 50 ans. On en trouve d'autres dans Walther et dans A. Petit. Mais ordinairement le fœtus mort se corrompt, le kyste se rompt sous le vain effort de la mère, et les matières épanchées dans le péritoine sont une cause certaine de mort. Est-il possible d'éviter cette triste fin de la mère et de l'enfant? Parmi les chirurgiens, les uns, Sabatier et Levret à leur tête, veulent qu'on attende tout de la nature, sous prétexte des dangers de l'opération césarienne. Mais le plus grand nombre préfèrent une médecine plus active, et ils se fondent sur des raisons plus puissantes. La gastronomie assure certainement la vie de l'enfant, et ne met en danger que celle de la mère; une vaine expectation met en danger toutes les deux. Quelques cas plus heureux ne doivent point servir de règle. Combien de femmes ont péri parce qu'on les avait ainsi abandonnées à la nature!

Nous sommes donc d'avis, dit le professeur en terminant, qu'il convient de pratiquer l'opération avant que la nature s'épuise en inutiles efforts; on reconnaîtra qu'il est temps aux douleurs qui simulent celle de l'enfantement. A différer plus tard, on s'expose à voir le fœtus mourir, le kyste se crever, et la mère succomber elle-même.

(1) Cette remarque n'est-elle pas en contradiction avec le paragraphe 6? (Note du rédacteur de la *Gaz. Médicale.*)

III. OSSERVATORE MEDICO.

L'extrait alcoolique de noix vomique convient-il dans les irritations ou dans les asthénies de la moelle épinière et du cerveau? par Luigi Marchesani, médecin de l'hôpital des incurables, etc.

Il est bien difficile pour un praticien de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels convient l'extrait alcoolique de noix vomique. D'une part on a écrit en termes généraux qu'il guérissait la paralysie; mais à combien de causes ne peut pas se rapporter cette forme de maladie? Sans sortir du cerveau de la moelle spinale, on la voit produite par la compression, la désorganisation, la simple débilité de ces centres vitaux; et on la range également parmi les symptômes de la myélite. D'autre part, les auteurs qui ont écrit sur la *matière médicale*, sont loin de s'entendre sur les propriétés de l'extrait de noix vomique; les uns le donnent comme un débilitant du système nerveux: d'autres, comme M. Magendie, le rangent parmi les excitans. La science a donc besoin de faits nouveaux et précis pour décider ce point de doctrine et de pratique.

Obs. Un enfant de 4 ans, de conformation régulière, mais de médiocre constitution organique, remplissant ses fonctions nutritives avec une suffisante vigueur, offrait dans les fonctions de relation les altérations suivantes. Strabisme; surdité incomplète; mutité; développement de l'intelligence proportionné à son âge et aux symptômes précédens. Presque toutes les régions du corps auxquelles sont destinés des muscles soumis à l'empire de la volonté étaient dans un mouvement de

tremblotement continuel, c'est-à-dire que chaque partie exécutait successivement, et d'une manière morbide, tous les mouvemens que pouvaient lui imprimer ses divers muscles. Ainsi les paupières clignotaient continuellement ; les globes oculaires roulaient d'un côté et de l'autre, allant même en divergeant ; la mâchoire inférieure s'abaissait en s'inclinant du côté droit, puis se relevait et, sans presser contre la supérieure, ne faisait qu'en raser les dents et se portait à gauche, pour recommencer ensuite cette sorte de mouvement orbiculaire ; en sorte que l'enfant semblait ruminer des deux côtés de la mâchoire. La tête avec les vertèbres cervicales exécutait de perpétuels mouvemens de circumduction tremblotante, de manière à décrire des cônes à sommet inférieur. Les bras tremblans et vacillans se portaient vers tous les joujous qu'on présentait à l'enfant, mais ne suivaient pas la direction dans laquelle ils auraient pu les atteindre. Egalement incapable de marcher, s'il voulait aller d'un lieu dans un autre, ou il tombait, ou il y parvenait en s'agitant de mille manières et s'accrochant à tous les objets qu'il rencontrait dans le chemin. La station sur les pieds était impossible ; il tremblait et finissait par tomber. Quand il était assis, si le dos n'était point appuyé, tout le tronc exécutait sur les cuisses une demi-circumduction vacillante en avant. Cette agitation incessante de tout le corps était telle, qu'elle donnait des vertiges à ceux qui l'observaient attentivement ; elle augmentait quand l'enfant avait la fièvre, ce qui n'était point rare, et ne cessait complétement que durant le sommeil.

D'où provenait cette singulière affection ? Ces mouvemens désordonnés étaient-ils volontaires, dus seulement à une vicieuse habitude, ou étaient-ils involontaires ? S'ils étaient involontaires, devait-on les rapporter au tremblement convulsif ou au tremblement paralytique ? De la solution de ces questions dépendait le traitement à suivre ; les considérations suivantes servirent à les décider.

1° L'enfant était né en bon état de santé, et il avait rempli toutes ses fonctions régulièrement, lorsque, étant encore au maillot, il était tombé la tête contre terre ; la chute avait porté sur un os pariétal, et le contrecoup avait fracturé le pariétal de l'autre côté ; et le tremblement avait commencé à se manifester après la guérison de la fracture. La maladie étant due à une violence extérieure et les mouvemens étant plutôt instinctifs que volontaires, il y avait donc là une cause morbide plutôt qu'une vicieuse habitude.

2° Si l'on soutenait la tête, le tronc, les bras, les membres inférieurs, la partie soutenue restait immobile ; et pour la mouvoir, il ne fallait que l'effort nécessaire pour vaincre la résistance du poids de la partie. On sait au contraire quelle force il faut employer pour arrêter le tremblement convulsif. De plus la direction des mouvemens était réglée par la volonté.

3° Le tremblement convulsif ne discontinue point pendant le sommeil comme le tremblement paralytique. Il est vrai que dans l'hypothèse de ce dernier cas, en n'exécutant aucun mouvement pendant la veille, le tremblement aurait dû cesser ; mais l'enfant avait une telle vivacité qu'il ne pouvait se tenir en repos un seul instant, et lorsqu'il était couché, il remuait encore les yeux et la mâchoire. Le sommeil seul faisait cesser tout mouvement.

4° La plupart de ces mouvemens se faisaient en *circumduction*, ce qui paraît convenir plutôt à la débilité qu'à la convulsion musculaire, puisque dans le premier cas tous les muscles concourent au mouvement, et tous imparfaitement, et en vacillant, ce qui atteste leur faiblesse.

5° Enfin l'accroissement du tremblement durant les accès fébriles s'expliquait par le délire qui survenait en même temps.

Par toutes ces considérations, l'auteur arriva à cette conclusion : qu'il ne s'agissait ici ni de tarentisme, ni de danse de Saint-Guy, ni d'aucune autre espèce d'affection convulsive ; mais que la maladie était *une paralysie incomplète de presque tous les muscles soumis à la volonté, avec une anesthésie imparfaite du nerf acoustique.*

L'apoplexie, ajoute-il, laisse fréquemment après elle la paralysie des membres, rarement un état opposé, savoir : la contraction permanente des muscles fléchisseurs de quelque membre. Le grand hôpital des Incurables auquel je suis attaché, m'a fourni très-souvent l'occasion d'observer que la paralysie sans la moindre complication d'irritation dans l'axe cérébro-spinal, cédait à l'extrait alcoolique de noix vomique, tandis qu'au contraire la contraction musculaire permanente cédait aux émissions sanguines, aux remèdes relâchans, aux légers évacuans, et en général aux contro-stimulans ; et quand le traitement qui convient à l'un de ces cas est appliqué à l'autre, on n'en retire aucun avantage, mais plutôt des inconvéniens. Ces observations jointes aux réflexions que m'avait suggérées la lecture de plusieurs ouvrages de médecine, m'avaient porté à ranger l'extrait de noix vomique parmi les excitans de l'axe cérébro-spinal ; ce moyen devait donc me paraître tout opportun pour l'affection chronique de cet enfant.

Je me décidai à l'administrer, et en solution dans l'alcool édulcoré avec le sirop de cannelle pour en masquer l'amertume, et par la méthode endermique. Il serait superflu de rapporter ici jour par jour les détails de l'observation. Je me bornerai à dire qu'en moins de deux mois ce tremblement paralytique avait complétement disparu ; l'enfant pouvait se tenir debout et marcher sans aucun appui ; mais il n'avait rien gagné du côté de l'ouïe. Le traitement devait être continué ; mais la négligence et un motif d'économie de la part du père de l'enfant me privèrent de la satisfaction d'achever cette belle cure.

De tout ce que je viens d'exposer je crois pouvoir conclure : « Que l'affaiblissement de cette faculté de » l'axe cérébro-spinal, par laquelle la volonté détermine » la contraction des muscles qui lui sont soumis, » ou la paralysie proprement dite, réclame directe » ment l'emploi de l'extrait alcoolique de noix vomique. »

IV. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Nouvelle méthode pour le traitement des fractures de la clavicule, par le docteur Francesco Papini.

Après ce grand nombre d'appareils imaginés pour la fracture de la clavicule, et qui pour la plupart semblent calqués les uns sur les autres, celui-ci aura au moins le mérite de la nouveauté. L'auteur n'a pas découvert d'indications nouvelles; mais il a cherché à remplir les indications connues mieux qu'on ne l'avait fait avant lui.

La réduction se fait selon les règles posées par Desault, en portant l'extrémité supérieure de l'humérus correspondant en haut, en arrière et en dehors. La coaptation étant ainsi obtenue, on place sur les côtés de la clavicule quelques compresses longuettes, principalement sur les points où le déplacement tend le plus à s'effectuer, et on maintient le tout par un spica ordinaire. Cette première partie de l'appareil servira de point d'appui aux autres pièces, qui ont pour but de prévenir tout dérangement de deux fragmens.

La première pièce est une courroie ou ceinture de cuir qui entourera le tronc à sa partie supérieure, immédiatement sous les aisselles, en fixant l'une des extrémités au corps même de la ceinture à l'aide d'une boucle, au niveau du sternum; l'extrémité qui reste libre doit avoir une longueur d'environ cinq palmes, pour l'usage que nous indiquerons tout à l'heure. Un scapulaire ordinaire, fait de toile solide, soutiendra cette ceinture le plus haut possible; en sorte que chez les femmes elle n'exerce aucune pression incommode sur les mamelles, et qu'en général elle ne cause point une trop grande gêne de la respiration, ce qui aurait infailliblement lieu si la ceinture descendait un peu bas, puisque c'est par le bas que se fait la plus grande ampliation de la cavité thoracique.

Une seconde pièce est une sorte de petite brassière faite d'un large morceau de cuir, destinée à recouvrir la partie supérieure du bras du côté lésé, en s'étendant de l'apophyse acromion jusque vers l'angle inférieur du deltoïde. Cette brassière sera assujétie à la ceinture au-dessous de l'aisselle à l'aide de points de suture, et son bord supérieur sera également fixé au bord correspondant du scapulaire pour plus de solidité.

Tout ceci étant disposé, on appliquera sur la face antérieure de la brassière une compresse repliée plusieurs fois sur elle-même; et une autre toute pareille sera adossée à la ceinture de cuir dans le point occupé par la boucle à peu près vis-à-vis du sternum. Chacune de ces compresses sera maintenue dans sa position respective par deux liens formés de plusieurs fils enfilés à une aiguille courbe, à l'aide desquels on les fixera aux parties sous-jacentes de l'appareil, en les traversant à leur centre pour faire ressortir l'aiguille à une courte distance, et prenant soin de ne pas entamer la peau du malade.

Les bouts des liens ainsi passés devront être assez longs pour lier solidement les extrémités d'une forte attelle de bois, qui s'étendra d'une compresse à l'autre, et remplacera la clavicule dans la fonction de soutenir l'épaule correspondante. Il s'ensuit que cette épaule qui, faute de son soutien naturel, était incessamment attirée vers la poitrine, en sera écartée par cette attelle contre laquelle les muscles adducteurs épuiseront leurs efforts. A la vérité, cette attelle appuyant elle-même sur la compresse fixée à la ceinture, rien n'empêche celle-ci de reculer du côté opposé, et d'annuler ainsi tout l'effet qu'on attend de l'appareil. Pour obvier à ce danger, on reprend l'extrémité demeurée libre de la ceinture, on la passe sous l'aisselle du côté lésé, puis derrière le dos, puis sur l'épaule opposée, et on l'attache enfin au bandage scapulaire. Il faudra avoir soin que ce bout de la ceinture soit modérément tendu dans le commencement du traitement, c'est-à-dire jusqu'au quinzième jour environ de la fracture, époque où la nature affermit d'ordinaire la consolidation osseuse connue sous le nom de cal. A partir de cette époque, il faudra la serrer davantage afin d'en obtenir de meilleurs effets. Cette précaution est de la plus haute importance, attendu que, quand même la malade serait fort docile, il ne pourrait soutenir une égale constriction durant tout le cours du traitement, tandis qu'en la ménageant de cette façon, elle sera beaucoup plus supportable.

Une autre précaution fort utile est de placer le bras correspondant dans une écharpe, et même, suivant l'exigence des cas, de le fixer au tronc à l'aide d'un bandage circulaire, pour prévenir tout mouvement préjudiciable; on aura soin également de munir de plumasseaux les points où la pression serait trop forte.

Tout l'appareil étant appliqué, le patient devra se tenir couché dans une position oblique, sur un plan horizontal, légèrement incliné sur le côté opposé à la fracture, et pour le faire rester en cette posture on placera un oreiller sous le côté qui doit rester soulevé. Le régime ne diffère pas de celui qu'on suit en toute autre méthode; seulement le chirurgien devra examiner chaque jour si les fragmens conservent leurs rapports normaux, et dans le cas contraire remédier au déplacement, soit en introduisant des plumasseaux sous le spica dans les points qui paraissent en exiger, soit de toute autre manière.

L'auteur dit avoir déjà essayé ce procédé dans six cas de fractures de la clavicule, et toujours avec un heureux succès.

N° 15. — 11 Avril.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule, par M. Mayor de Lausanne.

Le diagnostic, l'étiologie et le pronostic des fractures de la clavicule sont dans tous les livres, et ont pour

eux l'assentiment assez unanime des hommes de l'art. Il en est tout autrement de la partie la plus importante, c'est-à-dire du traitement de cette affection. Ici, tout paraît encore si peu déterminé, que chaque jour voit surgir de nouvelles propositions et des procédés différens, dans le but d'assurer la marche du praticien et de répondre mieux aux besoins des malades.

Si les hommes distingués qui ont successivement agité cette question, ne l'ont pas très-bien résolue encore, et si tous ont manqué le but, on doit à chacun d'eux cette justice, d'avoir au moins parfaitement signalé les imperfections inhérentes aux appareils de leurs devanciers. Mais en présentant d'autres moyens, ils n'ont guère fait que reculer la difficulté, et ouvrir à la critique un champ nouveau pour s'exercer incessamment à leurs dépens.

On peut en général reprocher à tous les auteurs de n'avoir pas formulé assez nettement et en termes simples l'indication à remplir ; d'avoir en conséquence mal conçu leurs moyens curatifs, et de s'être mis en frais d'appareils beaucoup trop compliqués et par là même difficiles à se procurer, à appliquer et à maintenir en place.

En cherchant à me mettre à l'abri de ces accusations, j'espère éclairer mieux ce sujet, et le ramener à la fois à la portée des praticiens, des élèves et des malades.

Les indications à remplir, lors d'une fracture de la clavicule, peuvent se résumer toutes en une seule : *la fixation du condyle interne de l'humérus sur un point donné du thorax.*

Pour faire bien saisir la valeur et la justesse de ce précepte, je dois rappeler les vérités pratiques ci-après.

1° Des deux fragmens de cette fracture, l'externe seul est mobile; le seul par conséquent sujet à se déplacer, le seul sur lequel on doit agir lorsqu'on veut le mettre au niveau de l'autre et le maintenir en rapport avec lui.

2° On ne peut pas atteindre directement ce fragment externe, et ce n'est que par l'intermédiaire du moignon de l'épaule, auquel il est attaché, qu'il faut opérer.

3° Les mouvemens de ce fragment suivent en effet ceux qu'on imprime à l'épaule elle-même, de sorte qu'ils sont modifiés par l'action et la *position* de l'omoplate et de la tête de l'humérus.

4° La partie inférieure du bras (le coude) se présente sous l'aspect le plus avantageux pour agir sur le moignon de l'épaule, et par conséquent sur le fragment externe de la clavicule ; de telle sorte qu'on peut diriger à volonté ce dernier, suivant qu'on porte le coude lui-même dans tel ou tel sens, et que la position de celui-ci détermine toujours celle du fragment acromial.

5° Le coude doit donc être envisagé comme un gouvernail sûr et commode pour diriger le bout externe de l'os afin de l'affronter avec l'interne, et de les mettre ainsi en contact exact entre eux.

6° Le fragment acromial, ou, ce qui revient au même ici, le moignon de l'épaule, tend, dans toute fracture claviculaire, à se porter en bas, en avant et en dedans ; et il suffit (§ 4 et 5), pour lui imprimer des directions différentes, de pousser le coude dans des sens également différens.

Le coude est donc un point ou un levier tellement essentiel pour agir sur le moignon de l'épaule et sur le fragment acromial, qu'on peut donner à ces dernières parties tel ou tel direction ou inclinaison, selon que l'on dirigera ou qu'on inclinera le coude lui-même *avec un certain degré de force.*

Si déjà cette influence de l'action du coude saute aux yeux alors que la clavicule est intacte, elle est bien autrement manifeste quand est os, est brisé ou scié, et qu'on a, par ce moyen, donné la facilité au moignon scapulaire et à la portion acromiale de la clavicule de céder mieux aux impulsions imprimées au coude, et de se porter plus librement dans les directions déterminées par ce dernier. Ainsi, lorsque vous serez près d'un cadavre auquel vous aurez scié la clavicule en travers, vous observerez constamment que l'épaule se rapprochera de la ligne médiane, s'en écartera, s'élèvera, s'abaissera et prendra des directions *mixtes*, suivant que vous porterez *fortement* le coude dans un sens ou dans un autre, et qu'elle restera immobile si celui-ci est lui-même maintenu fixe.

Si je me suis un peu étendu et répété sur ces données simples, c'est qu'elles indiquent tout le parti qu'on peut et qu'on doit tirer du coude dans le traitement qui nous occupe ; que cette partie doit fixer tout particulièrement notre attention ; que l'endroit où elle sera refoulée avec quelque force sera toujours en rapport avec celui qu'occupera l'articulation cléido-acromiale, et que sa situation réglera constamment celle de cette dernière (1).

Il résulte de ces données incontestables que, lors d'une fracture de la clavicule, on obtiendrait toujours une coaptation parfaite et une guérison exempte de difformité, s'il était possible de maintenir, pendant tout le temps nécessaire, une main convenablement appliquée vers le coude, et si cette main était placée

---

(1) Il existe une très-grande analogie entre les fractures de la clavicule et celles du col du fémur sous le rapport pratique.

Ainsi, il n'est pas donné au chirurgien d'agir directement sur ces deux os. Lorsqu'ils sont atteints de fracture, il doit, pour l'un comme pour l'autre, avoir recours à la simple position. Ces deux fractures sont parfois méconnues, et se guérissent de même, sans appareil et avec assez peu de difformité. Le fragment interne est immobile dans toutes deux ; et si pour l'une c'est le coude, pour l'autre c'est le *pied* qui règle la conduite du chirurgien, lui sert de guide et lui prête un point d'appui ou de mire. Aussi ce que nous venons de dire de l'influence des mouvemens du coude sur ceux du fragment acromial peut s'appliquer entièrement aux mouvemens du pied sur le fragment *externe* du col fémoral.

Ces rapprochemens ne sont pas seulement curieux ; mais ils semblent faits pour avoir une portée pratique, et aider à formuler l'indication et à préciser la manière d'agir des moyens propres à la remplir dans l'une et l'autre fracture. Mais ce n'est pas ici le lieu d'en dire davantage.

de manière qu'elle ne permît plus à cette région de faire le plus léger mouvement.

C'est si bien cela, que le malade *lui même* pourrait parfaitement réduire sa fracture et la maintenir réduite, aussi bien que le chirurgien, en repoussant et appuyant avec sa main le coude malade, lorsqu'il aurait été ramené dans une direction convenable.

La main constituerait donc incontestablement ici le meilleur des appareils, et c'est à remplacer *le mieux possible* cet instrument *intelligent* que le chirurgien doit tout particulièrement s'appliquer, s'il veut arriver heureusement à son but (1).

Il y parviendra et imitera assez bien l'action contentive de cette main de la manière suivante.

D'abord, pour procéder à la réduction, on fléchira l'avant-bras sur le bras ; puis on dirigera la partie inférieure de ce dernier (le coude) en avant, en dedans et en haut, de manière à refouler obliquement le moignon de l'épaule en haut, en arrière et en dehors, et à mettre par cette manœuvre les fragmens de la clavicule bien en rapport entre eux.

Pour les maintenir invariablement dans cette position, il ne s'agira plus maintenant que de fixer le condyle interne de l'humérus d'une manière également invariable, à la place où il a dû être porté pour rendre à la clavicule sa forme normale.

Pour cet effet, le chirurgien confiera ce coude à un aide intelligent, qui sera chargé de l'appuyer solidement, pendant qu'il procédera à l'application de l'appareil.

Celui-ci ne consiste guère que dans une pièce *carrée* d'une étoffe quelconque, assez forte et d'une dimension telle, qu'on en puisse amplement entourer le thorax après qu'elle aura *été pliée en triangle* ou en *fichu*. Un mouchoir pourra donc le plus souvent suffire. Ce linge, rendu triangulaire, sera placé comme il suit. Sa base, tournée en haut, répondra au niveau du quart inférieur du bras, et sa double pointe, opposée à cette base, pendra au-devant et au-dessous de l'avant-bras. Les deux longues extrémités de ce fichu seront alors ramenées, l'une par-derrière et l'autre par-devant la poitrine, vers le côté opposé de cette cavité, afin d'y être croisées et serrées convenablement, puis arrêtées au moyen d'un nœud d'épingles ou de quelques points d'aiguille. Ce jet circulaire, que je désignerai sous le nom de lien *brachio-thoracique*, et qu'on peut appeler aussi *ceinture* ou *bandage de corps*, a pour but d'appliquer la partie inférieure du bras contre la poitrine, et d'empêcher le coude de s'écarter de cette dernière. Mais ce n'est là qu'un des points essentiels ; car il faut aviser de plus à ce que ce coude ne glisse pas en bas et ne se porte ni en arrière ni en dehors ; et il conviendra d'ailleurs de soutenir ce premier lien par un *scapulaire*, et l'avant-bras dans une *écharpe*.

On remplira aisément ces diverses indications en utilisant les pointes du triangle, qui, ainsi que nous l'avons dit, pendent au devant et au-dessous du coude et de l'avant-bras mi-fléchi. Pour cet objet, on ramènera les deux pointes derrière l'avant-bras, en les faisant remonter entre celui-ci et la poitrine, de manière que le coude soit comme coiffé, et l'avant-bras presque entièrement entouré par cette partie du linge, et que ces pointes paraissent au-dessus du radius et dirigées en haut. On tirera alors séparément sur ces deux extrémités, afin d'emboîter bien les parties qu'elles recouvrent, tout en dirigeant en même temps l'une de ces pointes *obliquement* sur l'épaule saine, et l'autre *perpendiculairement* sur l'os fracturé.

Mais il arrivera le plus souvent, surtout s'il s'agit d'un adulte, que ces deux pointes du fichu ne seront pas assez longues pour le but ultérieur qu'on se propose, c'est-à-dire que ni l'une ni l'autre ne pourra arriver sur l'épaule correspondante, pour de là se fixer enfin derrière le dos au lien brachio-thoracique ou bandage de corps. Dans ce cas, on coudra à chacun de ces bouts du triangle une bande, ou mieux encore, un bout de cravate d'environ un tiers d'aune de longueur sur trois ou quatre travers de doigt de largeur, afin de pouvoir en faire l'usage suivant et de compléter ainsi mon appareil contentif.

L'un de ces bouts de bande ou de cravate sera dirigé obliquement sur l'épaule saine, et ira s'attacher derrière le thorax, au bord supérieur de la ceinture brachio-thoracique. Son effet composé est évident ; c'est d'empêcher que le coude ne puisse ni descendre, ni glisser en dehors et en arrière ; car cette extrémité cubitale de l'humérus se trouve si bien emboîtée par le lien, qu'elle est obligée d'obéir à son action, et que celle-ci consiste à suspendre le coude et à le retenir immobile sur la partie latérale et plus ou moins antérieure de la poitrine.

L'autre bout de cravate est destiné à se porter perpendiculairement sur l'épaule malade et à se fixer derrière le dos, à l'instar du lien précédent ; et sous ce rapport il concourt avec ce dernier à maintenir le coude au degré d'élévation convenable.

Mais il va remplir en même temps une autre indication importante, celle d'assujétir les remplissages divers et les moyens variés qu'on jugerait nécessaires ou utiles pour assurer mieux la parfaite coaptation.

---

(1) L'idée émise ici de figurer un appareil avec les mains est féconde en résultats pratiques, et m'a toujours servi avantageusement pour apprécier l'action de nos agens déligatoires, pour simplifier ceux-ci, et pour les faire mieux coïncider avec ce que le chirurgien peut obtenir avec ses mains. Ce mode d'investigation est la meilleure source où pourront puiser les réformateurs qui seront jaloux de remanier cette foule de bandages, d'appareils et de machines qui encombrent nos arsenaux de chirurgie, et de les remplacer par des moyens plus rationels, plus énergiques, et plus en rapport avec l'état actuel de nos connaissances. Aussi s'empresseront-ils, sans aucun doute, d'admettre cet axiôme en déligation, « que plus les moyens de pansement imi-» teront l'adresse et l'action simple et commode de la main » comme type, plus aussi ils se rapprocheront du degré de per-» fection auquel nous pouvons espérer de les voir arriver. »

Jusqu'ici, en effet, le siége du mal, la région claviculaire et le moignon de l'épaule, sont restés entièrement libres; aucune pièce de l'appareil ne les recouvre encore, et il est loisible à l'homme de l'art d'y faire toutes les applications qu'il croira convenables, sans nuire en aucune manière à l'action du moyen contentif. Ainsi, des sangsues, des cataplasmes, des résolutifs divers peuvent être largement mis en usage sans compromettre la marche de la guérison, et sans déranger le rapport des fragmens entr'eux; et ces divers agens pourront facilement être contenus par notre lien perpendiculaire.

Mais parmi ces derniers, il pourra y en avoir aussi qui seront jugés utiles pour mieux assujétir la fracture, et la mettre à l'abri de toute difformité. Je conseille, par exemple, de remplir convenablement les enfoncemens situés au-dessus et au-dessous de la clavicule avec du *coton bien imprégné de blanc d'œufs;* d'appliquer sur ce coton une épaisse compresse également gommée; puis d'assujétir le tout avec le lien perpendiculaire de l'appareil.

Il sera encore facile à l'homme de l'art, au moyen de cette bande et d'une compresse graduée, *d'agir directement* sur celui des fragmens qui manifesterait une tendance à s'écarter, ou qui aurait besoin d'être ramené et pressé vers l'autre, comme cela se remarque surtout à l'égard du fragment interne.

En analysant cet appareil, on remarquera qu'il est d'une seule pièce, et qu'elle peut se trouver partout; que son application est aussi prompte que facile, et qu'elle n'offre rien de pénible pour le malade.

Ce mouchoir, tout en se présentant comme un seul et même tout, offre cependant trois liens bien distincts (1), et qui sont assez indépendans les uns des autres. Le premier est *circulaire*, le second *oblique*, et le troisième *perpendiculaire*. Le circulaire est, comme on l'a vu, un bandage de corps, ou une ceinture qui agit avec tout l'avantage désirable sur l'extrémité du levier brachial seulement; qui laisse par conséquent libre la plus grande partie de la poitrine, du bras et de l'avant-bras; qui ne gêne pas la respiration, et qui, chez les femmes, ne sera jamais dans le cas de blesser les seins.

Le lien oblique est une innovation chirurgicale, et la base la plus solide qu'on puisse offrir au traitement des fractures de la clavicule. Cette pièce, en effet, maîtrise le coude avec tant d'avantages, qu'elle le force de rester immobile là où le chirurgien l'aura conduit, et où il sera déjà appuyé par le lien circulaire. Cette immobilité du coude résulte essentiellement de ce que cette partie est exactement emboîtée par le triangle, et qu'elle se trouve entièrement soutenue sur l'épaule saine. C'est cette épaule qui est chargée, en quelque sorte, de porter l'autre, de lui fournir un point d'appui, et d'empêcher par là le fragment externe de glisser en bas, en avant et en dedans.

La partie perpendiculaire de l'appareil a un effet trop évident pour avoir besoin d'ultérieures explications. Je dirai seulement qu'elle concourt, avec la précédente, à soutenir l'avant-bras et le lien brachio-thoracique, et à servir de cette manière en qualité de *scapulaire* à l'un, et *d'écharpe* à l'autre.

J'ajouterai que ces trois pièces d'un seul et même tout agissent cependant distinctement; qu'elles offrent la facilité d'être relâchées et serrées, chacune à part, sans déranger en aucune manière les deux autres; et que ces deux modifications, si elles sont jugées utiles et nécessaires, peuvent être confiées impunément à tout individu tant soit peu intelligent. Aussi ne fus-je pas très-surpris en m'apercevant un jour qu'une dame avait changé de chemise et de gilet à son enfant sans qu'il y parût, c'est-à-dire qu'elle avait ôté et rétabli l'appareil aussi bien que j'aurais pu le faire moi-même.

Ainsi donc, et pour récapituler encore une fois le mode d'agir de mon moyen contentif, je dirai que le lien circulaire ne tend qu'à en empêcher le coude de s'écarter de la poitrine, mais nullement de glisser en bas, en avant et en dedans; que le lien oblique au contraire s'oppose efficacement à ce triple glissement, mais qu'il est inhabile à mettre obstacle au balancement du coude au devant du thorax; que le concours des deux liens est donc nécessaire pour rendre immobile la partie inférieure du bras; que le lien perpendiculaire est inutile pour la fixation de ce dernier, et que, rigoureusement parlant, on pourrait se passer de ce troisième lien, puisque la position du coude, si elle est fixe, doit généralement suffire au but qu'on se propose. Aussi, lorsque la présence de ce moyen sera jugée inutile ou sujette à quelque inconvénient, on n'y aura pas recours; et dans ce dernier cas, ou l'appareil ne se composera que d'un simple fichu, ou ses deux pointes seront réunies ensemble pour faire partie du lien oblique, au lieu de se porter et divergeant sur l'une et l'autre épaules.

Quant à l'écharpe proprement dite, elle n'existe pas; mais elle est très-bien remplacée par la réunion et l'action des trois liens vers la région du coude. Il y a même cet avantage ici sur l'écharpe ordinaire, que les deux tiers supérieurs de l'avant-bras sont seuls entourés par ces liens, tandis que le tiers inférieur et la main sont parfaitement libres, et que rien ne gêne les mouvemens divers de cette dernière; de sorte qu'on peut s'aider un peu avec ce membre, et même écrire assez facilement. Mais, afin que le malade n'abuse pas de cette facilité, on aura soin de faire passer le lien circulaire *au-dessus* de l'avant-bras fléchi, plutôt que par dessous cette partie, attendu que, par ce moyen, l'avant-bras se trouvera bien mieux emboîté et plus solidement fixé.

Si jusqu'ici je n'ai pas fait mention du coussinet en forme de croix destiné à s'interposer sous l'aisselle, en-

(1) Dans mon nouveau système de déligation, j'ai proposé de remplacer le mot *bandage* par celui de *lien*, et j'ai indiqué les motifs de ce changement. On voit au moins que les *expressions bande* et *bandage* n'iraient point ici, tandis que celle de lien s'adapte très-bien, même pour désigner les diverses parties d'un appareil complexe.

tre le bras et la poitrine, afin d'écarter l'une de l'autre ces deux parties, c'est que cette pièce est bien loin d'être constamment nécessaire ou même utile; qu'on s'en passe le plus souvent sans aucun inconvénient, et que, dans les cas où elle peut être requise, on pourra aisément la mettre de côté au bout d'assez peu de jours. On sait, en effet, que la fracture qui nous occupe est une de celles qui marchent le plus vite vers la guérison, et que sa consolidation ne se fait guère attendre. Aussi pourra-t-on enlever ce remplissage aussitôt que cette dernière aura fait quelques légers progrès. Du reste, cette adjonction sera bien moins gênante, si, pour la faire, on a recours au coton; si celui-ci forme un volume moins considérable qu'on ne l'emploie ordinairement; si, au lieu de faire arriver ce corps intermédiaire jusqu'à la moitié du bras, il n'occupe que sa partie *supérieure* et *antérieure;* si on pousse le coton successivement et par couches, *d'avant en arrière, entre le bras et les côtés, immédiatement sous le tendon du grand pectoral*, au lieu de placer un coussin sous le creux même de l'aisselle et sur le trajet des troncs nerveux et vasculaires; si enfin l'on se contente de fixer le coton avec une *bandelette agglutinative* dont le milieu sera passé par dessous, entre le bras et la poitrine, et dont les bouts remonteront par derrière et par devant, pour se croiser sur l'épaule. Ce coton pourra d'ailleurs être assujéti par le lien perpendiculaire, si du moins on sait mettre à profit ce moyen commode de compression. On reconnaîtra bien vite, au surplus, si l'addition de coton *est de rigueur* pour rejeter en dehors le fragment externe; car alors le moignon de l'épaule, ou, encore une fois, ce qui revient au même, le fragment acromial, tendra à se porter *en dedans*, et à produire le chevauchement, malgré les soins qu'on aura mis à assujétir le coude.

Dans ce cas, l'application du coton pourra avoir lieu, *lors même que l'appareil contentif aurait déjà été placé en entier*, puisqu'il suffirait de détacher le lien perpendiculaire pour avoir toute la facilité d'insinuer, vers l'endroit que nous avons désigné, autant de coton qu'il serait convenable pour atteindre le but qu'on se propose. Je dirai plus; c'est qu'on ne pourra juger bien de *l'utilité et de la nécessité de recourir à ce moyen accessoire* (le coton), *que lorsque les liens circulaires et obliques auront été appliqués;* et que c'est alors seulement qu'on pourra mieux apprécier la *quantité* de coton qu'il conviendra d'employer pour écarter le haut du bras, et pour repousser en dehors, par ce moyen, le fragment acromial; car tout dépend de l'effet qu'on devra produire avec ce corps répulsif de la tête de l'humérus, dans le but d'obtenir l'écartement convenable du fragment externe; mais en se dirigeant d'après les données précises que je viens d'indiquer, on n'emploiera jamais ni *trop* ni *trop peu* de coton pour le but qu'on se proposera; et même on pourra toujours facilement *en ôter* ou *en ajouter*, suivant que le besoin s'en fera bien sentir. Dans tous les cas, on ne sera jamais exposé, en maniant ainsi le coton, *à comprimer la région axillaire*, puisque le corps compressif ne dépassera guère le tendon du pectoral, et qu'il suffira qu'il agisse vers cette partie pour produire tout l'effet qu'on a droit d'en attendre.

Le coton trempé dans le blanc d'œuf, dont j'ai dit qu'on devait bien garnir les enfoncemens situés au-dessus et au-dessous de la clavicule, doit, s'il est convenablement pressé et contenu au moyen d'une forte compresse gommée et du lien perpendiculaire, se prendre en *masse solide* et se *mouler* en quelque sorte sur les parties. Il aidera donc à les contenir et à opposer de la résistance aux causes qui tendraient à déplacer les fragmens. S'il en était autrement, dans certains cas rares, difficiles, opiniâtres, et où la clavicule, à force d'être saillante, est comme *isolée* et sans appui, je n'hésiterais pas à recourir à un moyen assez analogue au coton gommé, mais plus efficace. Je veux parler du *plâtre moulé* sur la région claviculaire *tout entière*, soit qu'on coule ce plâtre immédiatement sur les tégumens eux-mêmes, soit qu'on le répande *sur une couche quelconque de ouate*, préalablement étendue sur la susdite région. Mais j'aurais soin, avec le plâtre tout comme avec le coton gommé, de redoubler d'attention, quant à la fracture, jusqu'à ce que le *moule* que je cherche à obtenir ait acquis *toute la consistance nécessaire.*

Il est une petite précaution que je ne manque jamais de prendre avant d'appliquer mon appareil, c'est de faire mettre au malade, non-seulement *sa chemise*, mais encore, au besoin, *un gilet à manches*, en rapport avec ses habitudes et la saison où l'on se trouve. C'est que ces pièces de vêtement ne peuvent point nuire à l'application ni au succès du moyen contentif, et que leur présence met le malade mieux à son aise s'il veut se lever, se promener ou se livrer à quelque occupation plus ou moins indispensable. Cette innovation, que réclament sans doute toutes les classes de la société, sourira aux hommes d'affaires, et particulièrement aux pauvres, qui sont accoutumés à sortir, et auxquels le séjour prolongé dans leurs tristes demeures est presque insupportable. Ils seront donc, grâce à ce moyen, *assimilés* aux individus atteints d'une *simple* fracture de l'avant-bras, et ils pourront être vêtus de même que ces derniers.

Il pourrait se faire que, chez des sujets maigres, le condyle de l'humérus, en pressant sur la poitrine, y produisît une impression plus ou moins douloureuse. On parerait à cet inconvénient par un coussinet de coton. Et si on craignait que le sommet du coude ne fût également blessé par l'action prolongée de l'appareil sur ce point saillant, on aurait aussi la ressource d'un petit matelas de coton, arrangé ou percé de manière à mettre l'extrémité de l'olécrâne à l'abri de toute pression. La même pièce pourra, du reste, très-bien servir pour protéger l'extrémité olécrânienne du cubitus, et pour mettre la poitrine à l'abri de la compression du condyle.

Je finirai ce mémoire par cette observation: c'est que la description de mon appareil ne sera pas un instant obscure ou difficile à saisir, si l'on veut bien faire appliquer le moyen au fur et à mesure que j'en indique la

composition et le mécanisme. Un simple mouchoir suffira amplement pour faire prendre sur-le-champ une idée convenable de l'ensemble de l'appareil, de ses parties diverses, et des effets que celles-ci peuvent et doivent produire.

Quant aux personnes qui auront la facilité de se procurer un cadavre, je leur conseille de scier la clavicule et de lui appliquer mon appareil; mais afin qu'elles puissent bien l'apprécier, comparativement avec ce qui existe de mieux dans ce genre, je les prie de placer leur bandage de prédilection immédiatement avant ou après celui que je viens d'exposer, et de chercher tout particulièrement, pendant ces essais comparatifs, à déranger le fragment externe, en pressant çà et là sur le moignon de l'épaule, afin d'imiter l'action musculaire et celle des causes qui provoquent d'ordinaire les déplacemens et le chevauchement. En procédant de cette manière, la seule bonne en l'absence de fracture sur le vivant, j'ai toujours eu lieu de me féliciter de cet appareil; j'ai constamment reconnu sa supériorité, et je ne saurais assez le recommander à mes confrères. Il n'est, du reste, pas tout-à-fait nouveau, car j'en ai déjà fait la démonstration à Paris, en septembre 1833, dans une séance publique de l'Académie de médecine, ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié.

Mais il a glissé presque comme inaperçu, soit que je n'aie pas eu le talent de me faire bien comprendre, soit que j'aie négligé de donner à mon sujet tout le développement qu'il comporte. Serai-je plus heureux aujourd'hui ?

Il est au surplus inutile de faire observer que ce même appareil pourra servir avec un égal avantage dans les luxations de la clavicule, dans les fractures de l'humérus, au voisinage de la tête de cet os, et en général *dans toutes les affections où il importe d'obtenir la plus grande immobilité du bras et de l'épaule.* C'est que, lorsqu'un moyen a été trouvé bon contre un cas en apparence spécial, il est rare qu'il ne se montre pas également efficace dans plusieurs autres circonstances, et que celui qui nous occupe doit, je puis le dire, ses heureux résultats au grand principe que j'ai posé pour base à mon nouveau système de déligation.

Lausanne, 16 mars 1835. MAYOR, D. M.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

(Cahier de février.)

Du mécanisme de quelques maladies du nerf grand sympathique, par le docteur WADDEL.

La physiologie et la pathologie du nerf sympathique sont si peu avancées que l'on doit recueillir avec empressement tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur le rôle que joue ce nerf, soit à l'état sain, soit à l'état de maladie. Tout le mémoire de M. Waddel repose sur un seul fait dans l'histoire duquel rien ne rappelle le grand sympathique ni les fonctions qu'on lui a attribuées. Cette observation est trop longue pour que nous la rapportions. Nous dirons seulement qu'il s'agit d'un cas de paraplégie développée lentement et terminée par la mort, mais dont l'examen nécropsique n'a pu expliquer la cause. La maladie avait duré près de trois ans, et à l'autopsie on ne trouva pas la moindre altération dans la moelle à laquelle on pût l'attribuer.

L'auteur s'appuie sur l'absence d'altération de la moelle pour rapporter la maladie à une lésion du grand sympathique, et sur quelques circonstances qu'il a notées en rapportant l'observation. Ainsi, quelque temps avant la mort du sujet, quand on appuyait légèrement sur un cautère appliqué près de l'épine, à l'instant même le mouvement péristaltique de l'intestin était excité et l'on entendait manifestement le bruit que faisaient les gaz en passant d'une anse dans l'autre. L'auteur pense que, dans ce cas, la pression étant exercée sur les rameaux du grand sympathique malade, l'irritation qu'elle déterminait causait les phénomènes que nous venons d'indiquer. La maigreur des parties paralysées, qui était survenue dès le début de la maladie, est encore, suivant l'auteur, une preuve que le grand sympathique était l'organe lésé; car, dans les cas de paraplégie où la paralysie dépend de la lésion de la moelle, l'amaigrissement des parties paralysées ne vient que graduellement et très-lentement.

II. NORTH AMERICAN ARCHIVES OF MEDICAL AND SURGICAL SCIENCE.

Tel est le nouveau titre sous lequel paraît l'ancien journal de Baltimore, après une année d'existence. Il a changé aussi son mode de publication, et de trimestriel il est devenu mensuel. Nous en avons reçu les deux premiers cahiers pour octobre et novembre 1834.

Observations sur la staphyloraphie, par N.-R. SMITH, professeur de chirurgie à l'université de Maryland

L'auteur, après avoir rendu hommage au talent du chirurgien français qui a introduit la staphyloraphie dans la pratique chirurgicale, fait remarquer cependant que le nombre d'instrumens employés par M. Roux constitue « un grand appareil, » bien propre à effrayer sur les dangers et les embarras de l'opération. Ceux qu'a récemment imaginés M. Hosack, de New-York, méritent le même reproche. Le point important serait donc de simplifier tout cet appareil instrumental.

« Ayant été deux fois appelé, dit M. Smith, à pratiquer la staphyloraphie sur des personnes du dehors, et qui ne pouvaient attendre que je me fusse procuré les instrumens ordinaires, je fus obligé de recourir à de plus simples moyens, et je m'en suis servi avec tant de facilité que je suis bien décidé à n'en jamais employer d'autres.

» Le seul instrument indispensable et qu'on ne trouve point dans la trousse ordinaire, est une aiguille tellement simple que je l'ai fabriquée moi-même en quelques minutes. C'est une tige d'acier montée sur un manche fixe, terminé par une pointe un peu plus large que les aiguilles ordinaires, et courbée, à partir de la pointe, en un demi-cercle d'environ un demi-pouce de rayon. Au lieu d'être percée d'un chas, elle porte seulement, à deux ou trois lignes de la pointe, une échancrure qui entame un de ses bords jusqu'au milieu de la lame, et se dirige obliquement en dedans et en arrière ou du côté du manche. La lame est plus large en avant qu'en arrière de cette échancrure; en sorte que quand l'aiguille traverse les parties molles, l'angle postérieur de l'échancrure ne lui oppose aucun obstacle. On engage dans cette échancrure le bout d'un fil d'une longueur convenable et ciré de manière à pouvoir y adhérer légèrement. L'aiguille ainsi armée, on s'en sert de la manière suivante.

» Le malade placé dans une position convenable, et les mâchoires maintenues largement écartées par l'insertion d'un bouchon entre les dents molaires, le chirurgien introduit l'aiguille dans la bouche et porte sa portion recourbée au-delà de la fissure palatine, en dirigeant sa pointe derrière le milieu de la luette. Il ramène alors l'instrument en avant, de manière à traverser la luette d'arrière en avant avec la pointe. Si la luette n'offre point assez de résistance pour permettre à l'aiguille de la traverser avec facilité, on peut l'assujétir en saisissant son extrémité avec de fines pinces à pansement. Aussitôt que la pointe de l'aiguille fait suffisamment saillie en avant, c'est-à-dire dès qu'on aperçoit le bout du fil engagé dans son échancrure, l'opérateur peut retirer l'aiguille avec un léger mouvement, et le fil s'échappe en général facilement de l'échancrure et demeure dans la plaie. Mais pour plus de certitude, on peut le saisir avec des pinces ou un petit crochet, et le dégager ainsi de l'échancrure.

» La première ligature ainsi posée d'un seul côté, on en place une seconde à un demi-pouce au-dessus; et dans quelques cas on peut en ajouter une troisième à égale distance de la seconde; mais il vaut mieux s'en abstenir quand il est évident que cette troisième ligature exercerait une action trop forte pour mettre en contact les deux lèvres de la division. Il en résulterait beaucoup d'irritation; et non-seulement on n'atteindrait pas le but qu'on se proposerait avec la troisième suture, mais on nuirait et peut-être on mettrait un obstacle absolu au travail d'adhésion des parties comprises entre les deux autres points de suture.

» Le second temps de l'opération consiste à rafraîchir les bords de la division. J'y suis parvenu avec une grande facilité, en saisissant les deux bouts de la ligature placée sur la luette, et en attirant par leur moyen la luette en avant. On ramène ainsi cette portion du voile palatin à une direction presque horizontale, et l'opérateur peut aisément rafraîchir les bords de la fente avec des ciseaux droits ou légèrement courbes sur le côté. Si l'on voulait se servir d'un bistouri droit boutonné, il faudrait donner la ligature à tenir à un aide, et saisir soi-même, avec de fines pinces à pansement, le bord interne de la luette. On prendra soin, dans ce temps de l'opération, de ne pas couper les ligatures supérieures; et il est facile de les éviter en les repoussant en arrière assez loin du voile du palais.

» Le chirurgien s'occupe alors de passer les ligatures à travers l'autre côté du voile, ce qui se fait de la manière déjà indiquée. Mais pour rafraîchir le bord correspondant de la division, il faut procéder un peu différemment. L'anse de la première ligature, qui se trouve en arrière du voile dont elle embrasse les deux côtés, doit être ramenée en avant et jusque hors de la bouche. L'opérateur saisit cette anse en même temps que l'extrémité du fil qui traverse le côté à rafraîchir. Alors il peut attirer ce côté en avant, et faire agir dessus les ciseaux ou le bistouri, comme il avait fait pour l'autre.

» Reste enfin à serrer les ligatures, ce qui est encore très-facile, en formant avec les deux bouts de chaque fil le nœud du chirurgien, en entortillant chacun d'eux autour du second doigt de chaque main, portant les deux indicateurs le long des fils jusqu'au fond de la bouche, et tirant les deux bouts en dehors de manière à serrer le nœud. Quand les nœuds sont tous formés, on coupe les bouts des ligatures tout près des points de suture. »

Les autres précautions sont connues; seulement le chirurgien américain recommande de faire boire et manger le malade immédiatement avant l'opération.

Si la fissure divise avec les parties molles une portion de la voûte osseuse du palais, comme c'est le cas le plus commun, le chirurgien ne doit pas chercher de prime abord l'oblitération de la portion antérieure de la fissure; c'est beaucoup s'il obtient une réunion ferme et solide même d'une partie seulement du voile du palais au voisinage de la luette. Il est facile ensuite d'arriver à une oblitération complète, par l'emploi d'un obturateur convenable. « Celui dont je me sers, dit M. Smith, est d'ivoire, et a été facilement confectionné par les tourneurs d'ivoire. Il consiste en deux boutons concaves appliqués l'un contre l'autre par leur convexité, et dont l'un est un peu plus large que l'autre. Il existe conséquemment entre leurs bords une gouttière de quelque profondeur et large d'environ deux lignes à la circonférence. Les faces concaves sont creusées, de manière que l'instrument est fort mince et fort léger. On l'insère dans l'ouverture qu'on veut oblitérer, de la même manière qu'on passe un bouton de chemise dans sa boutonnière, le bouton le moins large en haut; et il est maintenu en place par les bords contractiles du voile palatin qui se logent dans sa gouttière.

» J'ai pratiqué deux fois la staphyloraphie. Dans le premier cas je n'ai pas obtenu un succès définitif, bien que l'adhésion existât à l'époque où les ligatures furent retirées. Mais il survint une violente inflammation de l'arrière-gorge, et le lendemain le palais fut divisé par

une ulcération. Le malade ne voulut point se soumettre à un second essai. L'autre opération réussit sans difficulté. La portion réunie du voile palatin n'était pas cependant bien large, mais elle l'était assez pour me permettre de placer un obturateur de manière à rendre au palais son intégrité. Le malade parla immédiatement avec beaucoup plus de netteté qu'auparavant ; la pression de l'instrument ne lui occasionait qu'une gêne légère. Mais je ne puis dire s'il s'en est toujours servi avec le même avantage, n'en ayant eu aucune nouvelle depuis. »

Remarques sur la nature et le traitement du fongus hématode, par le professeur N.-R. Smith.

Les deux points de l'histoire du fongus hématode qui sont l'objet de ce travail présentent quelque chose de si nouveau et de si extraordinaire que, malgré toute l'autorité du savant professeur américain, nous désirerions les voir vérifier de nouveau avant d'admettre définitivement dans la science les conclusions qu'il en tire. Ce sont deux faits qui tendent à prouver : 1° que le fongus hématode peut quelquefois abandonner la partie qu'il a primitivement affectée, laquelle revient alors à sa condition saine et normale ; 2° que le fongus hématode à son début peut être réprimé, sans opération, par des moyens généraux et locaux. De semblables observations perdraient à être abrégées ; nous ne changerons donc rien au récit de l'auteur.

Obs. — En 1829 je fus consulté par mon ami le docteur Howland, au sujet d'une pauvre femme qui souffrait d'un fongus saignant situé dans le vagin, sur la cloison recto-vaginale. Tous les traits du fongus hématode étaient fortement dessinés. Il y avait un écoulement presque constant d'un liquide sanieux, extrêmement fétide ; de temps à autre survenaient des hémorrhagies considérables ; et quelquefois il s'échappait des masses de matière médullaire molle, mêlée aux caillots. On en retirait toujours en plus ou moins grande quantité lorsqu'on examinait la tumeur avec le doigt, et l'on faisait aussi revenir l'hémorrhagie.

Bien que le succès d'une opération ne fût rien moins que certain, la malade la désirait avec force. On tenta donc l'extirpation avec le bistouri ; il fut nécessaire d'enlever une portion considérale de la cloison recto-vaginale ; et les vaisseaux divisés versèrent une grande quantité de sang.

La malade fut bientôt rétablie des effets immédiats de l'opération ; mais quelques semaines après, la maladie reparut dans les mêmes parties. Lorsque cette récidive fut bien constatée, le cas fut jugé désespéré, et l'on s'en tint à un traitement purement palliatif. Les glandes de l'aîne ne tardèrent pas à s'affecter et à s'accroître beaucoup en volume.

Après m'être assuré de l'état de la maladie, je restai quelque temps sans revoir la femme ; et lorsque enfin je revins la visiter, je trouvai à ma grande surprise que la maladie avait spontanément et presque complétement disparu de son siége primitif ainsi que des glandes de l'aîne ; en revanche plusieurs petites tumeurs s'étaient récemment développées dans les mamelles et dans leur voisinage, avec tous les caractères d'un fongus commençant. Elles offraient cette sensation d'une pulpe élastique, et ne s'accompagnaient que d'une légère irritation.

Il s'écoula de nouveau un temps considérable avant que je revisse la patiente. Mais à ce nouvel examen les tumeurs des mamelles avaient totalement disparu, et la maladie avait commencé à attaquer les ganglions de la région iliaque en dedans de l'abdomen. Elle continua à y faire des progrès jusqu'à ce qu'enfin la malade succomba. A l'autopsie, on trouva que l'affection avait envahi les glandes inguinales des deux côtés et s'était étendue fort loin à celles du mésentère. C'était bien manifestement un fongus médullaire. Je dois ajouter qu'avant la mort, elle avait recommencé ses ravages dans le vagin et avait même attaqué l'utérus.

On voit par les détails de ce fait que ce n'est pas le fongus hématode arrivé à l'état de fongus saignant qui a disparu, mais seulement les petites tumeurs commençantes des mamelles. Ce serait donc à ces cas de tumeurs commençantes qu'il faudrait restreindre cette proposition du professeur Smith ; que « l'influence de la nutrition sur ces tumeurs étant reconnue plus grande qu'on ne la suppose généralement, on peut avoir l'espoir d'exciter et de diriger cette influence par des remèdes, de manière à obtenir fréquemment la disparition complète de la maladie. » L'observation suivante semble appuyer cette prévision.

Obs.—M. Wilkinson, ouvrier chapelier, âgé de 25 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, s'aperçut tout à coup d'une petite tumeur sphéroïdale développée immédiatement au-dessous de la partie la plus saillante de l'os de la pommette. Cette tumeur s'accrut lentement ; et au bout de trois ou quatre semaines, lorsque le malade se présenta à nous, elle n'était pas plus grosse qu'une petite noix. Elle adhérait évidemment en un point au périoste, bien qu'elle fit saillie en partie dans les parties molles de la joue ; et en plaçant un doigt dans la bouche on pouvait la saisir et la faire mouvoir avec quelque liberté. Les bords en étaient durs ; le sommet présentait un aspect comme livide, et à la pression on y sentait manifestement la sensation de pulpe élastique qui caractérise si bien le fongus médullaire.

Vers ce même temps une semblable tumeur s'était montrée sur le centre de l'articulation, sterno-claviculaire, et semblait adhérer aux ligamens. Elle offrait les mêmes caractères que celle de la face, la base dure, le centre rouge, la sensation pulpeuse. Toutes deux s'accompagnaient d'un peu de douleur.

Je commençai par appliquer le traitement antiphlogistique. J'appliquai des sangsues, je prescrivis des lotions froides, des cathartiques, un régime sévère et le repos. Il ne s'en suivit aucun changement si ce n'est un accroissement lent des deux tumeurs. Celle du sternum sembla se propager le long du muscle sterno-mastoïdien, conservant toujours sa base dure et la consistance pulpeuse au centre.

Alors j'en vins à l'administration de la teinture d'iode à la dose de dix gouttes, trois fois par jour. J'ordonnai en même temps tous les soirs une pilule altérante et apéritive avec deux gros d'aloès, deux grains de masse bleue (*blue mass*) et un demi-grain d'ipéca. Les tumeurs furent constamment recouvertes d'emplâtre mercuriel. Ce traitement fut continué deux ou trois semaines sans aucun amendement; mais au bout de ce temps je vis avec satisfaction la base dure des deux tumeurs diminuer et devenir plus molle. Je regardai cette circonstance comme un signe fovorable, ayant observé que la production de la substance dure précède invariablement celle de la substance pulpeuse, et la première paraissant être la matrice nécessaire de l'autre. L'amélioration fit des progrès, jusqu'à ce que toutes les portions dures des tumeurs eussent disparu à la longue. Alors, et seulement alors, la portion pulpeuse commença à être absorbée, et à la fin il ne resta plus aucun vestige de la maladie.

On sait que plusieurs anatomistes modernes professent l'opinion que le fongus médullaire et le squirrhe sont d'une nature identique, avec cette différence que le premier contient plus que l'autre de matière médullaire et moins de tissu fibreux « J'avais d'abord adopté cette idée, dit M. Smith, mais je me suis convaincu par mon expérience personnelle, que ce sont deux affections spécifiquement différentes. Le véritable squirrhe se montre rarement, sinon jamais, chez les enfans; le fongus médullaire n'est nullement rare à cet âge. Le squirrhe attaque généralement les tissus glandulaires, la peau ou les surfaces muqueuses; le fongus a une prédilection particulière pour les tissus fibreux. Ce parallèle aurait pu être poussé beaucoup plus loin; et nous pensons avec M. Smith qu'on s'est trompé en confondant l'une avec l'autre deux affections, qui sans doute offrent quelques points de contact, mais qui diffèrent d'ailleurs par des caractères nombreux et extrêmement tranchés.

Note sur la dysentérie, et sur l'emploi de la noix vomique dans le traitement de cette maladie; par le docteur Geddings.

L'auteur ayant rencontré fréquemment, surtout pendant l'automne, des cas de dysentérie qui restaient rebelles à tous les moyens que l'on emploie d'ordinaire dans le traitement de cette maladie, fut porté à essayer la noix vomique dans quelques cas qui, pour la plupart, avaient résisté à tous les autres moyens. Dans ces cas les accidens fébriles n'étaient pas très-développés, mais il y avait de fréquens besoins d'aller à la selle, un ténesme et une pesanteur considérable sur le rectum, et l'impossibilité de rendre autre chose que des mucosités sanguinolentes. Dans quelques-uns de ces cas, la noix vomique, bien qu'utile, n'a cependant pu suffire pour accomplir la guérison entièrement; dans d'autres, ses effets furent si avantageux que l'auteur croit devoir publier les résultats de ses observations.

Il commence par administrer la noix vomique en poudre à la dose de 7 grains, trois fois par jour, comme le recommande Vaux d'Ipswick. Chez un individu auquel ce médicament fut administré sous cette forme, les bons effets furent prompts; les coliques, le ténesme et les besoins fréquens d'aller à la garde-robe disparurent avec rapidité. Le même moyen réussit aussi dans d'autres cas, ainsi que l'extrait alcoolique de Pelletier, administré à la dose de 2 grains trois fois par jour, et la strychnine donnée sous forme d'acétate à la dose d'un sixième, à un douzième de grain. Les essais faits par l'auteur ne sont cependant pas assez nombreux pour qu'il puisse décider à laquelle de ces trois préparations on doit donner la préférence. Il pense qu'il serait utile, sous quelque forme qu'on l'administrât, d'y joindre une petite quantité d'opium.

Les bons effets de la noix vomique dans le traitement des affections de la membrane muqueuse, sont connus depuis long-temps; mais il est probable qu'on l'emploie moins fréquemment qu'on ne devrait le faire. Le Suédois Hagtrom est, nous pensons, le premier qui l'ait recommandée dans la dysentérie. Le célèbre Hufeland dit l'avoir employée avec avantage dans le traitement de la dysentérie épidémique. Thomann et Richter l'indiquent comme un moyen puissant pour calmer les coliques et les épreintes si douloureuses dans cette maladie. Voici la formule sur laquelle la prescrit ce dernier.

Prenez : Extrait de noix vomique, 2 scrupules.
Mucilage, 1 once.
Eau pure, 6 onces.
Sirop d'Althéa, 1 once.
M. S. D. A prendre deux cuillerées toutes les deux heures.

Most, écrivain récent, paraît avoir employé la noix vomique avec avantage dans ce qu'il appelle la dysentérie pituiteuse. Il recommande surtout la formule suivante, que l'on peut continuer pendant plusieurs jours, lorsque la maladie se prolonge.

Prenez : Noix vomique, 1 gros.
Faites bouillir pendant une demi-heure dans suffisante quantité d'eau, pour qu'elle se réduise à 6 onces, et ajoutez après l'avoir passée :
Teinture d'opium, 2 gros.
A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

III. THE UNITED STATES MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Nous avons sous les yeux sept numéros de ce journal, qui paraît à New-York et à Philadelphie, par cahiers mensuels, depuis le mois d'août 1834. Nous en extrairons d'abord les articles suivans, nous réservant d'y revenir dans la prochaine revue.

Observation de catalepsie, par le docteur Mc. Comb, de New-York.

Les cas de catalepsie sont très-rares: il est même beaucoup de praticiens qui n'en ont pas observé un

seul cas tranché. Aussi, bien que le fait suivant laisse à désirer un grand nombre de détails importans, cependant nous le reproduisons tel qu'il est rapporté.

Obs. — Le 27 juillet 1831, je fus prié de visiter une petite fille de 7 ans. On m'apprit qu'étant à jouer et à sauter elle était tombée subitement, et qu'auparavant elle jouissait de la meilleure santé. Je la trouvai couchée sur le dos, les yeux en apparence fixés sur quelque objet particulier; elle ne répondait à aucune des questions que je lui adressais, et les personnes qui l'entouraient m'apprirent qu'elles avaient cherché en vain à se mettre en rapport avec elle. Sa respiration paraissait parfaitement naturelle. Je soulevai sa main et son bras pour examiner le pouls; il battait 90 et était un peu dur; et je voulus ensuite les laisser retomber ou les abaisser tout doucement; mais à mon grand étonnement je vis qu'ils restaient dans la position où je les avais placés. Je fis la même expérience avec le bras de l'autre côté et obtins le même résultat. J'inclinai ensuite sa tête sur sa poitrine et j'élevai ses jambes en donnant à toute sa personne presque la forme d'un cercle, et elle resta pendant dix minutes dans cette position que je lui fis quitter sur la demande de sa famille. J'abaissai l'une des paupières tandis que l'autre restait ouverte. Enfin dans quelque position que je la plaçasse, elle la conservait sans changement. Après ces expériences je lui pratiquai une saignée de 10 onces; je lui ordonnai un bain tiède et des injections stimulantes. Au bout d'une heure il n'y avait aucun changement, quand tout à coup elle revint à elle pendant l'administration d'un lavement. Comme elle était fortement constipée je lui prescrivis dix grains de calomel avec autant de rhubarbe, et depuis trois ans que cet accident a eu lieu elle n'a éprouvé rien d'analogue.

Recherches historiques sur le choléra asiatique et sur son apparition dans l'Amérique du nord; par le docteur Yates, de New-York.

Nous ne retracerons pas la partie historique de ce mémoire, qui ne nous offrirait sous ce rapport rien de bien neuf; nous rappellerons seulement que c'est au mois de juin 1832 que le choléra fut observé pour la première fois dans l'Amérique septentrionale. Développé d'abord à Québec, à la suite de l'arrivée d'un paquebot chargé d'émigrans et dont trente-neuf étaient morts pendant la traversée. Il y enleva, dans l'espace de trois mois, 2,248 personnes sur une population de 27,000. De là il se répandit rapidement dans les contrées voisines, où il visita toutes les cités importantes; s'arrêtant cependant, au rapport de l'auteur, seulement dans les endroits qui reposent sur un terrain d'alluvion, évitant au contraire ceux de formation primitive et secondaire. Cette observation, qui avait été faite déjà en Europe, où cependant on a observé, nous croyons, quelque exception à cette espèce de règle, nous semble assez importante pour que nous la signalions ici.

Cette maladie, dit le docteur Yates, a constamment suivi dans sa marche les villes et les cités qui se trouvent sur le bord des lacs et des rivières, son cours a toujours été borné aux terrains d'alluvion. Aussi la plupart des villes des États-Unis, situées sur les bords des lacs ou des rivières, ont souffert du choléra, tandis que les six états du sud, tels que la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, qui reposent presque entièrement sur des terrains de première ou de seconde formation, sont restés à l'abri de ses ravages. Le même auteur émet une autre opinion plus originale peut-être encore que la dernière, mais qu'il nous suffira d'exposer pour faire sentir combien elle est dénuée de fondement.

Suivant lui, l'altération du sang est le principal phénomène du choléra, et cette altération dépend de ce que ce fluide ne reçoit plus le chyle qui lui est indispensable pour sa réparation; mais en même temps que le chyle n'arrive plus dans le sang, le chyme, privé de la bile qui lui est nécessaire pour la formation du chyle, est rejeté par les selles sous la forme de ce fluide, semblable à de la décoction de riz qui est, on peut dire, caractéristique du choléra asiatique.

C'est donc le trouble de la sécrétion biliaire qui, dans cette explication, est le point de départ appréciable. L'altération qu'éprouvent le chyme et le chyle, leur évacuation presque immédiate par les garderobes, et enfin l'altération du sang, ne sont que des résultats secondaires, mais presque nécessaires, de ce désordre de la sécrétion biliaire. Il resterait cependant encore une chose à démontrer, et qui est de quelque importance; c'est que les évacuations blanchâtres sont le produit d'une digestion intestinale imparfaite, tandis que leur abondance dans quelques cas et les circonstances dans lesquelles elles apparaissent le plus souvent ne permettent pas de douter qu'elles soient le produit d'une sécrétion tout-à-fait spéciale.

N° 16. — 18 Avril.

TERATOLOGIE.

Bec-de-lièvre double; séparation complète de la voûte palatine; absence des nerfs olfactifs, du trigône et du corps calleux; par le professeur Dubreuil, de Montpellier.

Obs. — Une femme de trente ans, jouissant d'une brillante santé, accouche pour la seconde fois, le 20 janvier 1835, d'un enfant mâle à terme. Le travail est prompt et naturel; la gestation n'a offert durant son cours rien de particulier. L'enfant, dont le tronc et les membres présentent un beau développement, porte à la lèvre supérieure un double bec de lièvre. Peu d'instans après la naissance, on essaie à lui faire avaler quelques cuillerées d'un liquide sucré, qui est aussitôt rejeté par les fosses nasales avec imminence de suffocation. Trois heures après l'enfant expire. Le cadavre nous est envoyé

par le docteur Bertrand, agrégé près de la Faculté de médecine, toujours empressé de mettre à notre disposition les pièces d'étude qu'il sait devoir nous intéresser et servir en même temps à l'instruction des élèves. C'est assisté de notre confrère et de M. Bouisson, chef des travaux anatomiques, que nous avons constaté les anomalies suivantes :

L'on est au premier aspect frappé de la conformation hideuse de la bouche : il existe sous chaque narine une fente, occupant en haut la totalité de la lèvre, et s'ouvrant dans la narine par son extrémité supérieure. Les os incisifs font une saillie considérable, et sont recouverts, en avant, par un mince lambeau cutané qui représente la dépression sous-nasale. Ils sont appendus, en arrière, à la partie antérieure du vomer et au cartilage médian. Sur les côtés apparaissent deux ouvertures considérables que comprennent les lèvres, la voûte palatine et le voile membraneux auquel son bord postérieur donne insertion. La luette est aussi divisée sur la ligne médiane.

Nous nous étions bornés à ce simple examen, nous proposant de conserver la tête intacte, quand notre collègue et ami le professeur Dugès nous rappela un mémoire de Tiedemann, où il est question de quelques cas de bec-de-lièvre double, coïncidant avec des anomalies cérébrales remarquables. Nous ne balançons point alors à pousser plus loin nos investigations. Pour mieux examiner la voûte buccale, la mâchoire inférieure est divisée sur la ligne médiane. Nous pouvons, par ce moyen, distinguer deux ouvertures de communication avec les fosses nasales. Ces ouvertures sont bornées en dedans par le vomer, en dehors par les rebords internes des os sus-maxillaires et palatins. Elles sont assez larges pour laisser apercevoir facilement les cornets supérieur et moyen de chaque fosse nasale. Le voile du palais et la luette offrent une division complète et symétrique.

Après la section de la voûte crânienne, la divison de la dure-mère et de l'arachnoïde, on découvre une grande quantité de sang coagulé épanché entre la pie-mère et les circonvolutions cérébrales. Cette hémorrhagie, bien qu'elle soit générale sur la face externe des hémisphères cérébraux, est plus abondante dans les régions temporales. Nul doute qu'ici une véritable apoplexie n'ait déterminé la mort.

Dépouillé de ses membranes, le cerveau paraît bien conformé à l'extérieur : mais en écartant les hémisphères, nous trouvons qu'ils sont adhérens dans l'étendue du quart antérieur de leur face interne, immédiatement au-dessous de la faulx. Point de traces du corps calleux, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Réunies immédiatement par la face interne, les couches optiques annihilent l'intervalle qui forme le troisième ventricule. Les éminences gangliformes, dites corps striés, ne sont marquées que par un léger relief développé au centre d'une surface plane et très-vasculeuse. Nul vestige de la bandelette demi-circulaire : les nerfs olfactifs n'existent point; on trouve seulement de chaque côté une sorte de bulbe médullaire situé sur les gouttières olfactives, qui sont d'une étroitesse extrême. Les trous qui les traversent ordinairement manquent. Disséquée sous l'eau, la membrane pituitaire ne nous a rien présenté qui ressemblât aux nerfs olfactifs. La cloison ethmoïdale n'est pas sillonnée par les conduits appelés olfactifs internes. Vainement on cherche sur le cerveau l'origine des nerfs qui président à l'odorat. N'omettons point de faire remarquer que, malgré la dissection la plus attentive, on n'a pu découvrir ni les nerfs, ni le ganglion naso-palatins.

Dans un mémoire relatif aux vices de conformation du cerveau, Tiedemann rapporte trois observations qui ont quelque analogie avec celle que nous rapportons ici. Dans la troisième observation, relative à un fœtus de sept mois mort-né, il signale le corps calleux, les piliers antérieurs de la voûte, les lames médullaires de la cloison transparente comme *n'étant pas formés*. Cette expression de l'habile professeur d'Heidelberg ne fait-elle pas présumer qu'il rapporte ces vices de conformation de l'encéphale à un défaut ou à un arrêt de développement? Dans les faits rapportés par Tiedemann, on voit coïncider le bec-de-lièvre et la scission du voile du palais, avec l'absence des nerfs olfactifs et un défaut de conformation dans quelques-unes des parties du cerveau. On est difficilement conduit à reconnaître entre ces diverses anomalies une sorte de *subordination*, de *nécessité*. Pour chercher à apprécier la cause de l'absence des nerfs olfactifs et des autres parties cérébrales, invoquerons-nous un arrêt de développement, ou ferons-nous intervenir une influence morbide détruisant des organes, soit en voie de formation, soit déjà formés? Si les admirables travaux de M. Geoffroy-Saint-Hilaire ont pour ainsi dire systématisé l'histoire des monstruosités, n'oublions pas que le produit de la conception est, durant la vie intra-utérine, passible de nombreuses maladies. Cette opinion, que le professeur Dugès a développée et soutenue avec sagacité dans un travail de haute importance, nous a donné à réfléchir : nous, qui depuis avons été à même de constater l'hydrocéphalie sur quelques embryons de diverses époques, disons-le, il ne fallait rien moins que l'irrésistible entraînement des faits et la profonde conviction qu'ils inspirent, pour modifier les idées que nous avions adoptées et professées, alors que nous regardions l'arrêt de développement comme l'unique cause des vices de conformation. Tout en appréciant son influence, convenons aussi que si quelquefois l'œuvre organique ne s'accomplit pas selon les règles, c'est que la maladie y met obstacle.

Nous renfermant dans l'observation précédente, voyons si un état pathologique, survenu durant la gestation, n'aurait pas entraîné la perte de quelques-unes des parties dont on a vainement cherché les traces, causé l'imperfection ou le défaut de développement de quelques-unes de celles qui existent. Nous étayant des lois de l'embryogénie, nous aurons surtout recours aux recherches de Tiedemann. Nous avons constaté l'absence des nerfs olfactifs dont l'apparition est précoce chez l'embryon : on a même avancé qu'à une certaine époque de la vie intra-utérine, il existe une cavité du lobule

olfactif, cavité communiquant avec les ventricules latéraux. Le nerf olfactif est donc à cette époque un appendice creux des hémisphères cérébraux. Serait-il invraisemblable de penser qu'une hydropisie partielle du cerveau a détruit les nerfs olfactifs, alors que la pulpe médullaire est si peu consistante ?

Nous avons fait observer qu'en même temps que les nerfs olfactifs manquaient, il y avait atrophie des corps striés, masse médullaire considérée par quelques anatomistes comme l'origine de ces nerfs (couches ethmoïdales; Chaussier). La coalition insolite des couches optiques effaçait le troisième ventricule (ventricule optique; Vieussens) cavité dont l'apparition précède celle des ventricules latéraux. On ne saurait concevoir ici cette adhésion insolite sans l'intervention d'un état morbide antérieur; et en effet, les couches optiques ne se développent-elles pas isolément? Cette fusion accidentelle de deux parties naturellement et primitivement séparées, ne peut être le résultat d'un arrêt de développement. Pourquoi donc ne pas la considérer comme la conséquence d'un état morbide? La membrane cellulo-vasculaire qui sépare les couches optiques a dû être primitivement atteinte. Quant à la nature du mal, dont nous ne pouvons apprécier que les résultats, nous pensons qu'il y a eu hypersécrétion de liquide, qui s'est opérée alors que le trigône cérébral et le septum lucidum étaient en partie formés, ou en instance de formation. On sait qu'ils n'apparaissent qu'au troisième mois de la vie intrà-utérine, c'est-à-dire plus tard que les couches optiques qui sont en rapport manifeste avec eux, comme on peut s'en assurer sur un fœtus de six et même de sept mois. A cette époque les racines du trigône semblent provenir de l'intérieur des couches optiques, et l'on ne doit pas oublier que le rayonnement du trigône s'opère de bas en haut. Rappelons enfin que la cavité qui sépare les deux lames de la cloison transparente est en communication avec la partie postérieure (il n'est question ici que du fœtus), et, par une ouverture triangulaire, avec le troisième ventricule. Aussi n'est-il pas très-rare de rencontrer chez l'adulte la persistance de cette communication; et alors il n'existe point isolément de ventricule de la cloison.

En nous résumant, nous présumons que les diverses agénésies cérébrales mentionnées ont été produites par une hydropisie qui a eu lieu à une époque que l'on ne saurait préciser, et qui plus tard a guéri par la résorption du liquide. Tout semblait révéler dans le cerveau un ancien état morbide. Une accumulation de sérosité suffisante pour constituer l'hydrocéphalie, entraîne la dissolution de la substance médullaire; car, à une époque où les molécules ont plus de consistance et de cohésion entre elles que chez le fœtus, dans ces phlegmasies souvent sub-aiguës de l'arachnoïde, et qui se terminent par l'hydropisie des cavités ventriculaires cérébrales, dans ce que les anciens appelaient apoplexie séreuse, ne voit-on pas l'épanchement amener à la longue la destruction du septum lucidum et du trigône cérébral? Bien que nous regardions l'hydropisie comme ayant été guérie, le cerveau n'a pas moins reçu, de cette première atteinte, comme une sorte de prédisposition, d'imminence morbide. Il était en effet le siége d'un épanchement sanguin suffisant pour expliquer la mort.

C'est toutefois à un arrêt de développement qu'il faut attribuer la double division de la lèvre, comme la scission de la voûte palatine; et il nous semble que cette opinion ne saurait être controversée.

Le vice de conformation par lequel il y a réunion de la bouche et des fosses nasales et une cavité unique, est un de ces accidens graves qui compromettent à chaque instant l'existence du nouveau-né, sans néanmoins être rangé dans les causes de la non-viabilité. L'allaitement naturel ne peut s'opérer en semblable circonstance; et comment l'enfant parviendrait-il à saisir le mamelon pour opérer la succion? D'ailleurs la scission complète du voile palatin est un obstacle à la déglutition, qu'elle rend pénible, souvent même dangereuse.

(Voir, pour les soins à donner à l'enfant dans le cas qui nous occupe, le Mémoire du professeur Roux sur la staphyloraphie.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

Variole communiquée par des boutons de vaccine, par le docteur Dorfmuller.

Nous empruntons aux observations du docteur Dorfmüller le fait suivant qui est assez remarquable :

Une femme âgée de 36 ans, non vaccinée et jamais atteinte de la petite vérole; avait eu l'imprudence de décoller la chemise de son nourrisson adhérentes aux piqûres de la vaccine, en l'humectant avec sa langue. Quelques jours après elle fut affectée de douleurs très-fortes du cou, avec fièvre, et au bout de trois jours tout le corps fut couvert de boutons varioliques dont le caractère et la marche étaient celui de la vraie variole.

Accidens fâcheux à la suite d'un fil de charpie enfermé dans une plaie cicatrisée, par le docteur Bluff.

Obs. — Une fille âgée de 19 ans, assez robuste, se blessa au tibia droit en heurtant contre une pierre pointue. La blessure, tout-à-fait superficielle, peu saignante et presque pas douloureuse, fut pansée par la malade avec de la charpie trempée dans du vinaigre et dans de l'eau salée. Après trois jours, cicatrisation de la plaie, et la fille se porte bien.

Le dixième jour, elle se réveille dans la nuit avec de fortes douleurs dans la jambe droite; toute la cuisse était brûlante, et le matin on la trouva dans l'état

suivant : Tête très-rouge ; fièvre intense ; pouls fréquent (127 puls. par minute) ; peau brûlante au toucher ; céphalalgie ; tiraillement dans la jambe droite ; quelquefois délire ; jambe tuméfiée depuis la région inguinale jusqu'aux orteils, tendue, très-rouge, d'un bleu noirâtre près de l'endroit cicatrisé ; tremblante avec mouvemens involontaires. (Incision de la cicatrise. Fomentations chaudes avec des herbes narcotiques sur la jambe, fomentations froides sur la tête ; saignée ; lavemens et potions purgatifs.)

Les douleurs cessèrent par les fomentations, et le douzième jour après le premier accident, on retira de la plaie un fil de charpie assez fort. Le même jour, à midi, tous les symptômes avaient disparu, et la plaie se cicatrisa de nouveau dans peu de jours sans suites fâcheuses.

Il est évident que c'est la présence du fil qui a donné lieu à des symptômes aussi graves, et il est assez remarquable que dans les cas de ligatures les fils restent souvent très-long-temps sans occasioner le moindre accident.

II. JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE ; par Huffeland et Ossan.

(Cahier de novembre.)

Boutons en fleurs des pommes aigres, comme spécifique nervin dans certaines affections nerveuses, par M. le docteur Biermann.

M. Biermann a trouvé ce moyen très-efficace dans le cas d'une sensibilité exaltée des nerfs, principalement de ceux du système ganglionaire, où on observe surtout un très-haut degré d'épuissement ; les malades mâchent plusieurs de ces boutons dans la journée ; pour être efficaces ces derniers doivent être cueillis avant ou après le coucher du soleil, et avant que la fleur soit entièrement développée ; il faut encore qu'il n'y ait point eu de pluie pendant deux jours. Mais qu'on ne se serve que des boutons de pommes aigres, car ceux des pommes douces sont aussi nuisibles que les premiers sont salutaires. L'eau distillée jetée sur les boutons des pommes aigres, donnée par cuillerée à café, se montrait également efficace. M. Biermann recommande ce moyen comme le fruit de sa propre observation ; il lui reconnaît une propriété stimulante qui lui paraît devoir surpasser celle du musc dans les cas semblables. Il se demande si l'amer-acide des boutons en fleurs des pommes aigres n'est pas le principe actif de ce remède.

III. HORN'S NASSE'S UND WAGNER'S ARCHIV.

(Cahier de juillet et août 1834.)

Premier rapport annuel sur l'établissement d'enseignement pratique de médecine légale à l'université royale de Berlin, depuis Pâques 1833 à 1834 ; par M. le professeur G. Wagner.

L'extrait de ce rapport qui a paru à Berlin en 1834, nous semble mériter à juste titre de fixer l'attention de nos lecteurs. L'établissement dont il est ici question est le premier de ce genre qui ait été créé en Allemagne ; l'immense avantage qui résulterait de l'introduction dans nos Facultés d'un pareil enseignement, qui serait à la médecine légale ce que nos cliniques sont à la médecine et à la chirurgie pratiques, ajoute encore à l'importance du sujet, que nous recommandons à la méditation des législateurs chargés de la future réorganisation de la médecine en France.

L'école pratique de médecine légale à l'université de Berlin a été ouverte dans le semestre d'été de 1833.

Tous les cas de médecine légale qui se sont rencontrés dans cette ville, dans le courant de l'année, ont été utilisés pour l'instruction des médecins et élèves qui ont suivi l'établissement. Le mode d'enseignement adopté est le suivant :

A différentes heures de la journée, ainsi que le comporte la matière, chaque étudiant est admis, à tour de rôle, à faire des recherches sur des personnes vivantes, à se livrer aux autopsies judiciaires et à l'analyse des substances inanimées ; puis après avoir entendu les explications nécessaires, il est tenu de dresser un rapport par écrit sur le cas qui lui a été soumis, comme le ferait le Physicus (médecin cantonnal). En outre le professeur se réunit deux fois par semaine et à heure fixe, avec les élèves, soit pour éclairer et discuter les faits déjà observés, soit pour faire la distribution des faits nouveaux, soit enfin pour débattre et apprécier les rapports qui lui ont été remis.

De plus les élèves sont exercés dans la manière de pratiquer convenablement des ouvertures de cadavres, soit d'adultes, soit d'enfans ; et on sait combien chez ces derniers la docimasie pulmonaire exige d'habitude et d'habileté. L'étude des poisons offre aussi une mine féconde d'instruction ; car chaque semestre on enseigne, non-seulement la manière de constater la présence des poisons minéraux qui se rencontrent plus fréquemment, mais encore celle d'arriver à la connaissance des substances vénéneuses végétales, qui se retrouvent plus rarement et dont la présence est plus difficile à déterminer.

Les sujets de police médicale sont également compris dans cet enseignement ; on donne aux élèves un aperçu de tout ce qui appartient à cette branche de la médecine administrative et on leur fait connaître les instrumens, appareils et collections nécessaires à cet usage ; des boissons et substances alimentaires sont soumises à l'analyse chimiques, et des visites de pharmacie ont lieu sous la direction d'un pharmacien, M. Barwald.

Enfin on a réuni à cet établissement un cours pratique de médecine vétérinaire administrative ; à cet effet les élèves sont admis à l'école vétérinaire, où M. le professeur Hertwig leur démontre les cas qui peuvent présenter de l'intérêt sous le rapport judiciaire ou de police médicale.

Pendant la première année de son existence, l'école pratique de médecine légale a été fréquentée par 63 élèves, parmi lesquels plusieurs docteurs et méde-

cins praticiens. L'enseignement a compris 253 questions de médecine légale, dont 217 concernant des personnes vivantes, 32 relatives à des personnes mortes (autopsies judiciaires), et 4 nécessitant l'analyse de substances inorganiques.

Les recherches faites sur les personnes vivantes ont eu pour objet, dans 183 cas, l'état du corps, et dans 34 l'état de l'esprit : parmi ces derniers on comptait 27 cas civils et 7 criminels.

L'auteur entre ensuite dans des détails sur les différens cas qui ont été observés pendant l'année; comme notre but n'était que de faire connaître cette innovation précieuse d'enseignement pratique d'une des branches de la médecine généralement trop négligée dans nos écoles, nous ne le suivrons pas dans cette seconde partie de son travail.

V. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

Parmi les articles contenus dans les quinze premiers numéros du quatrième volume, les suivans nous paraissent être les plus remarquables. On y trouve bien encore la relation et les procès-verbaux de la douzième assemblée des médecins et naturalistes allemands réunis l'année dernière à Stuttgart; mais comme les différens travaux qui y ont été présentés sont rapportés d'une manière très-courte, et qu'ordinairement la plupart de ces mémoires sont publiés à part, nous aurons occasion d'en rendre compte séparément.

Observation curieuse d'un noyé chez lequel on a trouvé du sable et des graviers dans les organes respiratoires, par le docteur Blumhardt.

Ob. — Ch.-F. Sch..., âgé de 23 ans, atteint, depuis le mois d'octobre 1830, d'accès épileptiformes qui revenaient tous les huit ou quatorze jours, et pendant lesquels il perdait connaissance, fut trouvé mort le 5 mai 1833, dans un ruisseau, la face tournée contre terre; la tête plongeait entièrement dans l'eau, qui n'avait qu'un pied de profondeur; le reste du corps n'était qu'à moitié recouvert.

Ce qui frappa surtout à l'autopsie fut la présence d'un sable gris, schisteux, et de graviers de différentes grosseurs dans la trachée artère, au-dessus de la bifurcation des bronches; le plus grand de ces graviers, carré, pesant au moins un gros, avait presqu'un demi-pouce en longueur et en largeur, avec une demi-ligne d'épaisseur. Il est presque impossible de concevoir comment ce calcul, qui était de la même nature que ceux formant le lit du ruisseau, a pu passer à travers la glotte. Une grande quantité de ce même sable remplissait également les deux bronches, et même on en retrouva quelques parcelles dans les vésicules du poumon. Toute la quantité du sable dans la trachée et les bronches pesait à peu près 3 à 4 gros.

Nous trouvons ici un fait d'observation extrêmement rare. C'est la présence de sable et de graviers dans les voies aériennes chez un noyé; en effet M. Orfila seul parle de cette circonstance, et encore sur 50 cadavres ne l'a-t-il remarquée qu'une fois. (*Dict. de méd.*, t. 20, p, 26). Le volume d'un de ces graviers dépassant la capacité de la glotte prouve suffisamment que ces corps étrangers ne sont pas entrés mécaniquement dans les voies aériennes après la mort, mais qu'ils ont été avalés dans les derniers momens de l'agonie. Bien que l'autopsie n'ait fait découvrir aucun signe de mort par apoplexie, on n'a néanmoins pas trouvé de liquide spumeux dans les voies aériennes; nous pouvons en conclure que ce liquide peut manquer même quand les individus succombent par asphyxie, genre de mort constaté ici par la présence des graviers dans les bronches de ce malheureux, qui probablement est tombé dans l'eau pendant une attaque d'épilepsie.

Observation d'une tumeur aux lèvres survenue après une frayeur, par le docteur Diez.

Personne ne met en doute l'influence du moral sur le physique; mais voir une émotion de l'ame suivie instantanément d'un changement matériel dans telle ou telle partie du corps, comme l'histoire suivante nous en offre un exemple frappant, est une chose très-rare.

Obs. — Le 4 juillet 1833, M. Diez fut appelé auprès de la femme G..., âgée de 24 ans, d'une constitution délicate et affectée d'accès hystériques, pour une tumeur aux lèvres qui s'était développée d'une manière très-rapide. A son arrivée, il trouva la lèvre inférieure, et surtout la supérieure, boursouflées et prêtes à se rompre; elles fermaient presque tout-à-fait la bouche. Comme cette tumeur s'était propagée aussi aux gencives et à la langue, la malade pouvait à peine parler, et ne prenait que des substances liquides : elle se plaignait de douleurs piquantes, périodiques, mais pas trop vives; d'une tension aux parties tuméfiées. Cette tumeur était arrivée à ce point dans l'espace de cinq minutes, et paraissait encore s'accroître à vue d'œil. Il s'y joignait les symptômes suivans : Sécrétion très-abondante de salive qui s'écoulait constamment entre les deux lèvres; respiration courte; sentiment de peur et de pression sur la poitrine; toux sèche; frissons passagers; pouls subfréquent et un peu tendu; goût fade; selles naturelles; soif nulle; tête prise, mais non douloureuse; figure un peu rouge, mais déformée par la tumeur. Tous ces phénomènes étaient survenus après une frayeur que la malade avait éprouvée en voyant une petite fille de 4 ans se passer un canif entre les lèvres sans pourtant se blesser; elle assura avoir éprouvé au même instant un sentiment très-douloureux dans ses lèvres, comme si on les avait percées avec un instrument tranchant; il lui avait semblé que sa circulation et sa respiration s'arrêtaient. Avant cet accident, à l'exception d'un bourdonnement d'oreilles et de douleurs dans les lombes, la malade se portait très-bien; ses lèvres auparavant ne présentaient rien d'anormal; la respiration était naturelle et la toux nulle.

Au moyen de plusieurs applications de sangsues et de médicamens rafraîchissans, sudorifiques et apéritifs,

cette tumeur, qui s'étendait jusqu'aux paupières, disparut tout-à-fait le quatrième jour, ainsi que la toux, le ptyalisme et la gêne dans la respiration.

Cas d'une vessie double, par le docteur Zechler.

Parmi les anomalies de l'organisme que l'on connaît, le cas d'une vessie double, l'une emboîtée dans l'autre, est peut-être unique dans l'histoire de l'anatomie pathologique de l'homme.

Obs. — M. Josenhanss fut appelé à D... le 7 avril 1834, pour donner des soins à une petite fille âgée d'un peu plus de trois mois, qui souffrait beaucoup à chaque émission de l'urine. Les parens lui dirent avoir remarqué quelque chose d'extraordinaire aux parties génitales, lorsque l'enfant jetait des cris, et qui disparaissait dès qu'il cessait de pleurer. Le médecin, à son examen, ne trouva rien d'anormal, si ce n'est l'absence complète de l'ouverture du canal de l'urètre. Quelque temps après, les cris ayant recommencé, le médecin fut de nouveau appelé. Cette fois, il trouva les grandes lèvres écartées par une tumeur de la grandeur d'un œuf de pigeon, qui avait tout-à-fait l'aspect de la vessie; elle était très-distendue et ses vaisseaux gorgés de sang; l'ouverture par laquelle elle faisait saillie était le vagin; on la refoula d'une manière méthodique, et on mit l'enfant dans une position convenable; des médicamens antiphlogistiques lui furent administrés. Pendant deux jours, l'enfant était alerte, l'émission de l'urine se faisait sans douleur; mais le troisième la vessie fit de nouveau saillie en occasionant de fortes douleurs; de plus, les parens, par des essais infructueux, y provoquèrent de l'irritation. A son arrivée, le médecin trouva la vessie entre les grandes lèvres, noire, rougeâtre et affaissée; l'urine s'écoulait par gouttes et l'enfant était épuisée. Cependant la vessie s'étant vidée spontanément, l'enfant devint tranquille; mais elle mourut vingt-huit heures après, avec des symptômes d'une inflammation du bas-ventre.

A l'autopsie, on trouva, en introduisant le doigt dans le vagin, une large ouverture, et en l'écartant on sentit proéminer un petit corps, rond et élastique, que l'on put refouler au moyen d'une sonde de femme. Le cathéter donna issue à un peu d'urine trouble. Les organes de la digestion était sains.

Voies urinaires. Rein droit : son urètre et ses capsules urénales à l'état normal. Rein gauche augmenté du double, mais de forme ordinaire; sa partie inférieure avait conservé son tissu propre; la supérieure était changée en une masse membrano-cellulense garnie à son bord concave de la substance corticale. Du bassinet sortait un uretère régulièrement conformé. L'angle supérieur de ce même rein, élargi en un sac membraneux, donnait naissance à un second uretère très-large de la forme d'un intestin de poule. Ces deux uretères, unis ensemble par du tissu cellulaire, descendaient dans le bassin. Vessie vide, non enflammée; son bas fond et son corps à l'état normal; le col un peu allongé et légèrement distendu; l'urètre manquant. Les deux uretères du côté gauche formaient, avant leur insertion à la vessie, un seul canal, dans lequel ils étaient intimement réunis par un tissu membrano-cellulaire. La vessie, incisée à sa surface antérieure, renfermait une seconde vessie d'une forme semblable à la première, et qui était enflammée; le bas-fond s'élevait librement dans la cavité de la vessie externe; son corps était adhérent dans l'étendue d'une pièce de 10 sols à sa paroi interne; le col était flottant et présentait en bas une ouverture qui était située immédiatement derrière l'orifice de la vessie externe, de manière cependant que l'urine était obligée de passer par ce dernier orifice. La vessie interne, séparée des parois de l'externe, fit voir distinctement l'orifice de l'uretère, qui partait de la portion inférieure du rein gauche, s'ouvrant au-dessus de l'endroit où la vessie interne était adhérente; l'uretère de la partie supérieure de ce même rein perforait les parois de la vessie externe, et s'insérait à la vessie interne, au milieu du point où les deux étaient unies ensemble. En incisant la vessie interne, on put en voir facilement l'embouchure. En soufflant dans un tuyau introduit par cette ouverture, on pouvait distendre l'uretère et la partie supérieure du rein, au point qu'il ressemblait au tissu pulmonaire; la portion inférieure n'y prenait aucune part. Les membranes de la vessie interne sont très-minces; cependant on pouvait très-bien distinguer la musculaire. Cette vessie étant distendue pouvait contenir à peu près une once et demie de liquide. Comme son bas-fond était libre et que l'ouraque manquait, elle pouvait s'affaiser et venir faire saillie après l'émission de l'urine. La vessie interne paraissait être un organe existant par lui-même; en effet, elle était enflammée toute seule, sans qu'aucun autre organe, pas même la muqueuse de la vessie externe, prît part à cette inflammation.

Hémorrhagie par les parties génitales chez une petite fille nouvellement née, par le docteur Camerer.

Obs. — Le 22 juillet 1833, une jeune fille très-bien portante accoucha d'une fille qui était forte. Cette enfant ne présenta rien de particulier pendant les premiers trois jours, si ce n'est qu'elle était remuante dans la nuit. Alors on remarqua une légère perte de sang qui se faisait goutte à goutte par les parties génitales. Le troisième jour, l'écoulement avait diminué et le sang était devenu plus aqueux. Le quatrième, il s'écoula quelques gouttes de sang pur; après quoi cet écoulement cessa entièrement. Le liquide avait l'aspect du sang de la menstruation; cinq jours après cet écoulement, les mamelles se tuméfièrent sans être enflammées. L'enfant continua à bien se porter, et les nuits devinrent plus tranquilles.

Quoique plusieurs auteurs mentionnent des exemples de ce genre, cette observation n'en constitue pas moins un fait très-rare. A quoi doit-on attribuer cette hémorrhagie? Le gonflement des seins avait-il quelques connexions avec l'écoulement sanguin? C'est ce que nous ne pouvons pas décider.

Dilatation anévrismatique des cavités droites du cœur, avec gangrène de la peau; par le docteur Cless.

Obs. — Une couturière, âgée de 26 ans, syphilitique deux ans auparavant, atteinte, il y a un an, d'une fièvre puerpérale très-grave, à la suite de laquelle la menstruation ne s'est point rétablie, fut prise, au commencement de juillet 1832, de toux avec angoisses, faiblesse, amaigrissement et sueurs nocturnes.

Le 28 août elle entra à l'hôpital. A l'auscultation on entendit les battemens du cœur très-tumultueux dans une très-grande étendue, au côté droit du thorax jusque sous l'épaule, et couvrant le bruit de la respiration; on percevait en même temps un bruit de soufflet qui s'étendait à toute la poitrine. La malade ne pouvait se coucher que sur le côté droit. Tous ces symptômes indiquaient une dilatation anévrismatique des cavités droites du cœur avec affection des valvules. On administra la digitale unie à la crême de tartre soluble; plus tard le borate de soude avec l'extrait aqueux d'aloès; et sous l'influence de ce traitement l'état de la malade s'améliora, sans que cependant la menstruation reparût, au point que cette jeune fille put quitter l'hôpital le 23 septembre.

Mais elle revint de nouveau le 3 novembre suivant dans un état de maigreur et de débilité extrême. Aux symptômes de la maladie du cœur s'était joint une gangrène de la peau, développée en premier lieu au bord externe de l'oreille gauche, et formant une escarre d'un demi pouce de long sur quelques lignes de large; puis se montrant successivement aux deux arcades zygomatiques, au menton, aux ailes du nez, au bras gauche surtout près du coude, et aux pieds qui étaient légèrement œdémaciés; autour de ces plaques sphacélées on voyait d'autres petites taches rouges semblables aux taches pétéchiales de Werlhoff. Ces plaques elles-mêmes étaient insensibles, mais tout autour la douleur et la chaleur étaient très-vives; il y avait de plus céphalalgie intense et odeur infecte du nez, mais sensible seulement pour la malade. Le pouls était assez calme, mais la soif inextinguible; les sclérotiques étaient colorées en bleu. Les urines troubles, contenant de petits flocons brunâtres. (A l'intérieur, décoction de quinquina avec l'élixir acide de Holler, limonade pour boisson. Application sur les endroits sphacélés de vinaigre de bois purifié.) L'escarre de l'oreille se détacha peu à peu, de même que les autres plus petites au reste du corps; à la joue gauche, elle se changea en un ulcère superficiel; le vinaigre n'ayant pas calmé le sentiment de brûlure, on eut recours au chlorure de chaux sous forme d'onguent, qu'on employa également pour neutraliser l'odeur infecte du nez, et pour panser la petite plaie de la joue : il est à remarquer que l'application de cette pommade était très-bien supportée, tandis qu'un pansement plus doux, comme avec l'huile de lin ou un jaune d'œuf, occasionait des douleurs intolérables.

Peu à peu les endroits sphacélés et le petit ulcère de la joue diminuèrent d'étendue, et vers la fin de décembre tout avait disparu. L'état général de la malade s'était relevé; et à mesure que les forces se ranimaient, les symptômes du côté du cœur disparaissaient. On acheva le traitement en associant au quinquina le calamus aromatiens, et en donnant plus tard encore une fois l'élixir acide de Holler et le sulfate de fer à petites doses. Le 1er février 1833, la malade quitta l'hôpital dans un état satisfaisant.

Ce fait est un des plus curieux qu'offre l'histoire des maladies du cœur : Corvisart (*Essai sur les Maladies du Cœur*, éd. 3e, p. 184) dit n'avoir jamais vu d'exemple de ce genre de complication; cependant Sénac et Fabrice de Hilden en rapportent des observations. Kreysig tout en cherchant à révoquer ces dernières en doute, cite lui-même plusieurs faits où la maladie du cœur s'est compliquée de gangrène. On trouve dans les archives de Horn, année 1830, premier cah., p. 85, deux cas rapportés par M. le docteur Nasse, où, la gangrène se montra dans l'un au scrotum, et dans l'autre à la cuisse, et qui tous deux se terminèrent par la mort. Si, dans notre observation, l'issue fut plus heureuse, c'est que, dit M. Cless, on eut affaire à une gangrène sèche et peu profonde.

Nous remarquons encore ici un fait déjà observé par Kreysig, c'est que les symptômes caractéristique de la maladie du cœur retrogradèrent à mesure que la gangrène se développa.

— Nous terminerons cette revue par l'article suivant, extrait d'un journal déjà ancien, mais fort peu connu en France, *Annalen der chirurgischen abtheilungs der allgemeinen Krankenhauses, in Hamburg, Bade*, 2, 1833.

Observation d'ensevelissement sous des décombres pendant quatre jours et quatre nuits; communiquée par M. Mottard, D.-M. de l'université de Turin.

Bien que l'observation qu'on va lire contienne des détails étrangers à la médecine, nous la publions telle que l'auteur nous l'a transmise, à cause de l'intérêt qu'elle nous a paru offrir.

Obs. — Le nommé Désoulle (Jean-Laurent), de Villergondran, maçon de profession, entra dans un puits de 45 à 50 pieds de profondeur; situé au lieu dit les Plants à Saint Jean-de-Maurienne, le 10 février 1835, à six heures et demie du matin, pour le creuser; il en ressortit pour dîner et y rentra à trois heures. Il avait à peine mis la main à l'œuvre, lorsque quelques pierres de la muraille se détachent; il se cache sous un soliveau qu'il avait placé transversalement. Bientôt il entend l'horrible fracas du mur entier qui s'écroule. Il n'entend plus de bruit; il n'a aucune blessure, et se trouvant accroupi dans un espace où il pouvait agir assez librement, il entreprend de se faire jour. A cette fin, il descend les pierres qui étaient sur sa tête, les place sous ses pieds; il s'élève ainsi, dit-il, à la hau-

teur d'une toise environ. Mais hélas! ce tas énorme de pierres s'affaisse, l'environne de toutes parts, le presse, le comprime dans tous les sens; il ne peut plus se mouvoir. Le bras gauche replié sur sa tête est retenu au milieu des pierres. L'eau s'élève; il peut seulement tempérer la soif brûlante qui le dévore avec la main droite, qu'il trempe dans l'eau, et il porte le bout des doigts à la bouche en les suçant. Le voilà dans la plus cruelle agonie, souffrant en tous sens, en toutes manières, la pression, la faim, la soif surtout et le besoin de respirer; la difficulté de la respiration ne pouvant dilater ses poumons, inspirant et expirant toujours le même air, depuis le 15, à six heures du soir environ, jusqu'au 19, à ce qu'il croit. Pendant ce temps, il n'entend rien, le malheureux; mais il souffre le plus terrible martyre; il crie, appelle au secours; il prie, espère, se désespère tour à tour et tombe dans un état léthargique dont il ne sort que par intervalles, au bruit des ouvriers qui sortaient les pierres pour aller chercher son cadavre sous les décombres. Ce fut pour cette raison que le croyant mort (et qui aurait pu penser et croire autrement?) on ne travaillait que le jour. A la nuit tombante, les travaux étaient suspendus et ne recommençaient qu'avec l'aube du jour suivant; mais cela augmente le prodige.

Le 20, vers les huit heures du matin, le bruit des ouvriers le réveille; il crie, on l'entend; il n'est pas mort. Un transport de joie les excite; on redouble d'ardeur; cent bras sont employés. Les autorités sont là, dirigent les travaux, veillent à tout. L'air qui pénètre plus facilement le fait délirer. On aperçoit sa main, sa tête, ainsi de suite. On le couvre pour modérer l'action de l'air, qui aurait été mortelle; on lui donne à boire par intervalle du bouillon et de l'élixir de Garus. A cette nouvelle inattendue, une foule accourt de la ville malgré le mauvais temps, les mauvais chemins.

Le 20, à deux heures et demie, c'est-à-dire quatre jours et quatre nuits après l'éboulement, on le sort, la tête enveloppée, au grand étonnement de plus de trois cents témoins. Les jambes étaient insensibles, immobiles et d'un bleu livide; la face injectée et bouffie. On le transporte dans un lit chaud; on lui réchauffe les pieds avec des linges, il ne sent la chaleur qu'à la quatrième fois. Il reconnaît pour un instant son curé et le médecin, et perd la connaissance, qu'il ne reprend que le 21 au matin. L'après midi, on le transporte à l'hôpital, où il est encore, n'ayant souffert que quelques contusions; mais le bras gauche est resté paralysé pendant quinze jours, effet de la position élevée du bras, le sang ne pouvant y arriver; effet aussi de la longue pression exercée sur toutes les parties molles. Il s'est déclaré un espace gangréneux, entre les éminences thénar et hypothénar, long de deux pouces. Actuellement, les mouvemens d'extension et de flexion des doigts sont revenus au quart environ de leur étendue ordinaire. Quant au reste, il est dans un état parfaitement normal.

A. Mottard,
Docteur en chirurgie de l'université de Turin.

N° 17. — 25 Avril.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Premier mémoire sur les exostoses; de leurs diverses espèces et de leur anatomie pathologique; par M. Rognetta, docteur en médecine et en chirurgie.

« Planè eadem atque calli est exostosium origo. »
Scarpa, *De penitiori ossium structura*, pag. 35. Lipsiæ, 1799.

Dans la nosologie chirurgicale, rien n'est, en vérité, plus vague que le mot *exostose*. Bien que l'acception littérale de cette expression n'indique qu'une tumeur osseuse, provenant de la surface d'un os, néanmoins les maladies du système osseux qui se présentent sous la forme d'ostéocèle sont à la fois si multiples et si variées par leur nature, qu'il n'est point étonnant que des écrivains respectables aient rangé dans la même catégorie une foule de maladies essentiellement différentes. Ouvrez, en effet, nos ouvrages de chirurgie et d'anatomie les plus classiques; parcourez les monographies les plus estimables sur les maladies des os, et vous trouverez qu'il n'y a presque pas d'exubérance ostéiforme qui n'ait été baptisée et décrite sous le nom d'exostose. Telles sont l'hypersarcose de la membrane vasculaire qui revêt le tissu alvéolaire des os (exostose sphérique à cavité intérieure, exostose creuse avec fongosité interne); l'inflammation chronique de la même membrane avec perversion de ses fonctions (exostoses laminées, remplies d'une sorte de substance hétéroplastique, de gelée tremblotante comme de la colle à moitié figée; *exostoses concameratæ sive cavernosæ*); les abcès enkystés du parenchyme osseux (exostoses creuses, suppurées intérieurement); les kystes hydatiques du canal médullaire et de plusieurs autres cavités osseuses (exostoses hydatiques); le fongus du périoste et de la membrane médullaire (exostose périostale fongueuse; exostose médullaire fongueuse; exostose maligne; ostéosarcome; *exostosis mali moris*); les différentes tumeurs fibro-celluleuses enkystées de la substance propre des os; le *spina ventosa*; le cal difforme d'une fracture mal réunie; certains polypes fibreux ossifiés des fosses nasales; l'ossification des ligamens et des tendons; et jusques aux différentes espèces de gibbosités vertébrales, etc. (1). On sent bien déjà qu'il

(1) Voyez J.-L. Petit, *Maladies des os*, t. 2; Bordenave, *Mém. de l'Acad. de chirurgie* t. 5; Boyer, *Maladies chirurg.*, t. 3; Léveillé, Heister, Delpech, A. Cooper; Scarpa, *De anat. et patholog. ossium*; Ludwig, *De exostosibus Halæ*, 1758, et *Institut. chir*; Wilson, *On the joints and bones*; Keate, *médic.-chir. Transactions*, t. 10, p. 258; Morgagni, *De sedibus, epist.* 50, n° 59; Getthelf Hermann, *De osteosteatomate, Lipsiæ*, 1767 (*Collection des thèses d'Allemagne*), etc.

n'y aurait pas moyen de s'entendre à ce sujet, si l'on ne sortait pas d'abord de cette confusion fâcheuse. La plupart des tumeurs que je viens de nommer sont essentiellement différentes et méritent chacune une étendue spéciale.

J'entends par exostose « une tumeur osseuse contre » nature, circonscrite, sans cavités ni végétations sar- » comateuses ou autres intérieurement ; formée dans » le parenchyme, ou bien à la surface, soit externe, » soit interne d'un os ; et jouissant d'une vie ana- » logue à celle de l'os même qui lui sert de base. »

Cette définition que nous venons de poser, non-seulement précise d'une manière rigoureuse les espèces de tumeurs dont nous voulons parler ; mais aussi elle élague toutes les autres ostéocèles ci-dessus nommées, de la catégorie des exostoses. Elle distingue également ces dernières excroissances osseuses de l'hyperostose générale, de la nécrose invaginée, et du gonflement scrophuleux ou rachitique des extrémités articulaires des os, maladies qui avaient été aussi parfois désignées sous le nom d'exostose. Les détails d'anatomie pathologique dans lesquels nous allons entrer, feront mieux sentir l'importance de la définition que nous venons d'émettre.

Il est facile de prévoir déjà, d'après le sens que nous attachons au mot exostose, que nous admettons deux classes de ces tumeurs ; savoir : les exostoses *parenchymateuses* et les exostoses *épiphysaires*, ou *corticales*. Les premières consistent dans une sorte de développement morbide, d'émanation active, ou plutôt d'hypertrophie excentrique d'une portion du parenchyme d'un os, formant une sorte de tumeur circonscrite par exubérance de matière osseuse intersticielle. C'est ainsi que l'un des côtés du cœur s'hypertrophie quelquefois pour donner naissance à l'anévrisme qu'on appelle *actif*. Les secondes, au contraire, résultent d'une disposition de matière ossifiante nouvelle à la surface d'un os, formant une tumeur solide surajoutée à l'os lui-même, à la manière de certaines épiphyses, et subissant comme ces appendices toutes les phases de l'ossification générale connue.

Le grand Boerhaave avait déjà, au dire de Morgagni, entrevu la classification que nous venons d'établir ; mais nul jusqu'à Delpech n'avait compris la haute portée pratique de ces idées ; et malgré les lumineux développemens qu'une partie de cette doctrine ait pu subir par les belles recherches de Howship, de Dupuytren et de Béclard (1), on n'a pas encore, il faut le dire, d'idées bien arrêtées sur ce chapitre intéressant de la pathologie chirurgicale.

Il y a deux sortes d'anatomie pathologique à faire à propos des exostoses, l'une à l'aide du bistouri et de la scie, et à l'œil nu, l'autre à l'aide du microscope solaire. Cette dernière se rattache à l'anatomie transcendante ; elle n'est absolument nécessaire que dans quelques cas douteux que nous signalerons par la suite.

Pour procéder analytiquement dans cet exposé, j'étudierai d'abord la structure des exostoses épiphysaires ; je poursuivrai ces tumeurs jusqu'au point où elles se confondent avec les exostoses parenchymateuses ; je passerai ensuite à l'examen des ces dernières.

La première observation à faire en disséquant une exostose, est celle de l'état des parties molles qui la couvrent. Celles-ci ne sont pas toujours lésées, surtout si le volume de la tumeur n'est que très-médiocre. Mais lorsque ses dimensions deviennent importantes, l'irritation causée par sa présence ne manque jamais de produire des lésions matérielles plus ou moins remarquables. Ne considérons pour le moment que les altérations physiques seulement de ces parties ; nous parlerons plus loin des lésions fonctionnelles qu'elles occasionent.

Rarement les parties molles qui couvrent une exostose sont ulcérées ; elles sont ordinairement distendues et amincies plus ou moins, suivant le volume de la tumeur. La peau est quelquefois adaptée sur la tumeur comme un parchemin mouillé dans lequel une bille serait immédiatement enveloppée. Chez un jeune homme dont je parlerai plus bas, la peau qui recouvrait une exostose était tendue, luisante, très-mince, et ne glissait plus sur le tissu cellulo-graisseux sous-tégumentaire. Les mailles et la graisse de ce dernier tissu disparaissent en grande partie ou en totalité ; on ne trouve quelquefois au-dessous de la peau que quelques feuillets minces et serrés d'un tissu semi-fibreux ou aponévrotique, à peu près comme celui de la face extrà-péritonéale de certains sacs herniaires. Les muscles, s'il y en a à l'endroit de l'exostose, participent également à cette distension mécanique : dans quelques cas que j'ai observés, la fibre musculaire était devenue mince, blanchâtre et dure ; le muscle ou les muscles formaient une sorte de coiffe presque diaphane, surperposée à la tumeur. Cet amincissement extrême de la fibre d'un muscle entier n'empêche pas cependant cet organe de se contracter et d'exécuter ses fonctions, quoiqu'avec gêne. J'ai vu une de ces coiffes musculaires, extrêmement amincie, se contracter et glisser par-dessous une exostose, précisément comme les muscles occipito-frontaux se contractent et glissent sur la calotte crânienne par l'intermédiaire de leur aponévrose de conjugaison. Je dois ajouter pourtant que j'ai vu le muscle deltoïde frappé d'impuissance par l'effet de la présence d'une exostose au-dessous de son corps. Des artères, des veines, des nerfs peuvent se trouver dans le trajet de la compression, et en éprouver les effets ; mais nous en parlerons ailleurs. Disons en attendant, qu'avec cette distension plus ou moins violente des muscles et de la peau de l'exostose, les veines superficielles qui environnent la tumeur peuvent devenir variqueuses, par une raison facile à deviner. Jusqu'ici nous n'avons rien remarqué qui ne fût commun à la plupart des tumeurs qui proéminent à la surface du corps. Mais l'état du périoste doit surtout attirer notre attention d'une manière spéciale pour le sujet qui nous occupe.

---

(1) Ribel, *Thèse sur les exostoses*. Paris, 1823. — Béclard, *Anat. générale* et *Additions à Bichat*.

Le périoste qui couvre une exostose est presque constamment altéré. La lésion la plus ordinaire que cet organe présente, est un épaississement plus ou moins considérable de son tissu; sa surface interne est assez souvent rougeâtre dans une étendue plus ou moins grande, et son adhérence à l'os est tantôt plus forte, tantôt presque nulle, suivant le degré d'altération qu'il a éprouvé. En général, plus le périoste est épaissi, moins il adhère à l'exostose. Dans un cas dont il sera parlé tout à l'heure, j'ai vu la membrane périostale se détacher de la tumeur et de l'os adjacent, d'un seul trait, par arrachement; précisément comme on enlève sur un cadavre son enveloppe péricrânienne. Cette altération du périoste est plus dessinée néanmoins dans les ostéocèles épiphysaires, que dans les parenchymateuses. Son tissu acquiert parfois les apparences d'un parchemin qu'on aurait ramolli dans l'eau.

La même observation avait déjà été faite par d'autres. « Lorsque vous disséquez une de ces exostoses, dit » Wilson, le périoste qui la couvre paraît *plus épais* » que celui qui couvre l'os sain; et si la tumeur est » récente, une substance cartilagineuse de quelque » densité adhère fortement à la face interne de cette » membrane, etc. » Le langage de Sir Astley Cooper à cet égard, n'est pas différent de celui de l'auteur qui précède : « A la dissection de ces tumeurs, dit ce célè- » bre chirurgien, l'on trouve qu'elles sont couvertes » par un périoste épaissi : une substance blanche et » élastique existe au-dessous de cette membrane; des » aiguilles osseuses passent comme autant de rayons » de la surface de l'os primitif vers le périoste, en tra- » versant cette substance nouvelle, etc. » Ne notons pour le moment dans ces deux passages que l'état d'épaississement du périoste; nous reviendrons sur le reste plus tard.

En passant en revue un très-grand nombre d'exostoses, déposées dans les cabinets anatomiques et d'autres qui se trouvent figurées et décrites dans les ouvrages d'anatomie, on ne peut manquer d'être frappé d'une chose, savoir : que ces tumeurs sont susceptibles d'affecter toutes les formes qu'on connaît en géologie. Ce ne sont cependant que les ostéocèles épiphysaires qui présentent le plus souvent toutes ces variations multiformes; car les exostoses parenchymateuses s'éloignent rarement de la figure sphérique, ovale, ou du type presque orbiculaire. J'ajouterai que la superficie de ces dernières est ordinairement lisse et égale, à peu près comme une calotte de crâne; quelquefois mamelonnée, mais douce au toucher, rarement hérissée d'un dépôt de matière osseuse périostale; tandis que la surface des exostoses épiphysaires est presque toujours inégale, raboteuse, écailleuse, stalactiforme, fongoïde, styloïde, nodiforme, etc.; de sorte qu'on pourrait le plus souvent, à la simple inspection de la tumeur, deviner par avance s'il s'agit d'une ostéocèle épiphysaire, ou bien d'une exostose parenchymateuse. Ce jugement est quelquefois d'autant plus certain, que l'exostose épiphysaire joint à la bizarrerie de sa figure une base sessile visible, appréciable, par laquelle elle s'articule en quelque sorte avec la surface de l'os sain qui la supporte. Mais il n'en est pas toujours ainsi; si l'exostose est de vieille date, on ne peut pas toujours à la simple vue distinguer son espèce. Une ostéocèle ancienne, d'origine parenchymateuse, peut-être tellement couverte à sa surface de productions osseuses périostales, que sa figure, et même la circonférence de sa base, simulent parfaitement celles des exostoses épiphysaires; et *vice versâ*, une ostéocèle épiphysaire, déjà cimentée avec la substance de l'os de la base, peut imiter parfaitement une exostose parenchymateuse. J'ajouterai même, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, que quelquefois, dans ces cas, ni la scie, ni même les analyses des chimistes les plus habiles, ne peuvent dissiper nos doutes à cet égard. L'usage du microscope solaire pourtant peut, dans quelques circonstances, nous être d'un grand secours, en nous montrant la direction des fibres intérieures et extérieures de la tumeur. Je m'explique.

Il est prouvé aujourd'hui, d'après les recherches microscopiques de MM. Howship et Lobstein, que la matière osseuse déposée accidentellement à la surface d'un os, ou, en d'autres termes, que la substance de toute exostose épiphysaire se présente constamment avec des fibres perpendiculairement placées à la surface de l'os même, à peu près comme les filamens fibreux des cartilages diarthrodiaux, ou comme les filamens d'un beau velours; tandis que, dans l'exostose parenchymateuse, les fibres osseuses paraissent venir du centre de l'os, en suivant une direction courbe, comme si elles avaient été divariquées par une force excentrique ou centrifuge. Nous verrons tout à l'heure que c'est par ce seul moyen que Howship parvint à reconnaître pour parenchymateuses des exostoses qui avaient semblé épiphysaires à d'autres, même après avoir été sciées; et *vice versâ*. Mais ne nous éloignons pas de notre sujet, et revenons aux oxostoses épiphysaires à base sessile.

Nous avons déjà dit que ces exostoses, lorsqu'elles sont récentes, présentent une base cartilagineuse comme les véritables épiphyses; voici un fait qui met la chose hors de toute contestation.

Exostose épiphysaire à base sessile et cartilagineuse.

Obs. I. — Mon ami et confrère, M. Régnoli, professeur de clinique chirurgicale à Pise, a bien voulu me communiquer par écrit l'observation suivante. Un paysan, meûnier, âgé de 50 ans, de bonne constitution, présentait une ostéocèle du volume d'un œuf sur la face antérieure de la branche horizontale du pubis droit, à côté du faisceau vasculo-nerveux crural. La tumeur existait depuis un an, et était survenue à la suite d'une contusion sur cette région. D'abord petite comme une noisette, elle avait ensuite augmenté au point sus-indiqué. Crampes douloureuses dans tout le membre, gêne considérable dans la démarche et dans les inclinaisons du tronc. Le malade désirait en être débarrassé. M. Régnoli découvrit la tumeur à l'aide d'une incision cruciale, en ménageant les vaisseaux et les nerfs du voisinage; circonscrivit sa base en coupant un périoste

épais qui la recouvrait, et dirigea le tranchant d'une gouge vers cette même base. L'opérateur fut étonné de voir l'exostose se détacher tout entière et tomber au second petit coup de marteau, comme si c'eût été un macaron collé sur un papier. L'os pubis était parfaitement sain au-dessous. La tumeur ayant été examinée présentait une base entièrement cartilagineuse de quelques lignes d'épaisseur; sa surface convexe était formée par un tissu osseux compacte, pareil à celui des os normaux; sa partie centrale était alvéolaire et osseuse. M. Régnoli, voulant faire exfolier une petite couche de l'os qui avait servi de siége à l'exostose, y passa un fer très-chaud, et l'homme guérit parfaitement en peu de temps. Ce fait s'est passé publiquement à la clinique de Pise.

Cette observation, remarquable sous plusieurs rapports, est surtout ici digne d'attention : 1° par la base sessile et cartilagineuse de la tumeur; 2° par la double structure de son parenchyme, compacte à sa partie corticale, alvéolaire dans son centre; 3° par la facilité avec laquelle elle a pu être décollée de son os de conjugaison. D'après cette circonstance, il est probable que la tumeur serait avec le temps tombée d'elle-même, si l'on n'eût fait que la dénuder simplement et l'abandonner à la nature. Privée en effet de son périoste alimentaire, et ne recevant du côté de sa base aucun envoi de nourriture, elle se serait nécrosée, et sa chute spontanée aurait été inévitable. Contentons-nous de prendre note seulement ici de cette remarque : nous en ferons ailleurs l'application à la pratique.

Dans mon travail sur les ossifications accidentelles, récemment publié par la Gazette médicale, j'ai rapporté l'histoire d'une tumeur analogue formée entre les couches mêmes de la substance du périoste, ou plutôt qui ne touchait aux os orbitaires que par l'intermédiaire d'une lame très-mince de la membrane périostale; tandis que la seconde tumeur était née entre la face interne du périoste et l'os, de manière qu'elle touchait à nu la branche du pubis. Cette double disposition anatomique des exostoses épiphysaires est importante à connaître; car dans le premier cas, après la chute de la tumeur, l'os sous-jacent ne reste pas à nu; il se trouve couvert par une lame mince du même périoste, et par conséquent son exfoliation consécutive n'est pas indispensable; la plaie peut même quelquefois guérir par première intention; tandis que dans le second cas, après l'expulsion de l'exostose, l'os de sa base reste dénudé, et la plaie ne se cicatrise pas ordinairement avant qu'une exfoliation osseuse n'ait été opérée. La remarque anatomique que je viens de faire n'avait pas échappé aux investigations de Howship (1).

La base de toute exostose épiphysaire ne reste pas long-temps à l'état cartilagineux; elle passe bientôt à l'état osseux, et la tumeur toute entière se trouve alors comme accolée à l'os de sa base. La lame périostale très-mince qui s'interpose entre ces deux corps, lorsqu'elle existe, s'ossifie aussi à son tour, et l'exostose est alors plus fortement adhérente à l'os que quand cette membrane n'existe pas. Mais plus tard, tant dans l'un que dans l'autre cas, le tissu cortical de l'os primitif est résorbé; une sorte d'inosculation vitale a lieu entre les tissus alvéolaires de l'os et de la tumeur, et ces deux corps ne vivent alors que d'une vie commune. C'est à cette époque que l'exostose épiphysaire commence à se confondre avec l'exostose parenchymateuse. Etudions sur des faits pratiques l'organisation que nous venons de décrire.

Exostose épiphysaire à base sessile ossifiée.

Obs. II. — Un homme portait plusieurs exostoses nodiformes sur le tibia. Les tumeurs étaient très-douloureuses d'abord; on les traita par le mercure, et les douleurs se dissipèrent; mais les ostéocèles restèrent stationnaires. M. Howship ayant eu, après la mort de cet homme, l'occasion de scier le tibia exostosé, trouva que les tumeurs étaient fortement accolées à la surface de l'os par une base osseuse, mais qu'une ligne de démarcation très-distincte existait entre le tibia et chaque exostose. La cimentation des deux corps n'était donc pas encore effectuée; mais elle était prête à s'opérer, ainsi que cela se voit très-nettement dans les fig. 4 et 5 de la planche deuxième, données par l'auteur. Toutes ces exostoses présentaient un tissu alvéolaire, intérieurement, et une lame corticale très-mince extérieurement.

Ce qui augmente à nos yeux l'intérêt que cette observation présente, c'est la remarque suivante que l'auteur a eu l'occasion d'y faire. « La disposition particulière » que présentent les espaces existant entre les nouveaux » dépôts osseux et l'os primitif, me conduit à penser » que la matière osseuse n'avait pas été déposée immé- » diatement sur la surface de l'os, mais bien entre les » lames du périoste. Cette sécrétion pourtant avait eu » lieu si près de l'os ancien, qu'il n'existait entre eux » qu'une membrane très-mince qui les séparait. Il a été » pour moi dès lors très-évident que la nouvelle ma- » tière osseuse ne s'est trouvée en contact immédiat » avec celle du tibia, qu'après que cette membrane in- » termédiaire a été petit à petit résorbée. » Sous ce dernier rapport, cette observation peut être rapprochée du fait que nous venons de rappeler. Remarquons aussi, en attendant, que la structure de toutes ces tumeurs était analogue à celle des os cylindriques. M. Lobstein avait déjà fait la même observation à l'occasion d'un ostéophyte lamelleux de la cuisse. « Sa structure, dit- » il, est telle que deux lames de substance compacte » renfermant un tissu réticulaire semblable à celui des » os longs. » (Tom. II, pag. 146.) Mais poursuivons ce genre de recherches.

Exostose épiphysaire à base ossifiée.

Obs. III. — Dans l'armoire 12 des cabinets anatomiques de la Faculté de Paris, on voit, au n° 307, les os

(1) Voyez les mémoires d'Howship dans les *Médico-chirurgical transactions*, t. 6 et 8.

d'une jambe sur lesquels des végétations osseuses nodiformes existent en grand nombre. Ces excroissances, disséminées sans ordre jusque sur le ligament interosseux, sont ici comme des noix, là comme des noisettes, à côté en forme de plaques, plus loin en figure d'espadons : celles-ci ont une base entièrement ossifiée et cimentée ; celles là l'ont, au contraire, à demi cartilagineuse, etc. Cette pièce, en un mot, offre à elle seule de quoi étudier toute la pathogénèse, la marche et la terminaisou des exostoses épiphysaires.

Observez bien, en attendant, le fait qui va suivre ; il est digne de l'attention des hommes de l'art, et mérite d'être exposé avec détails.

Exostose épiphysaire à base cimentée.

Obs. IV. — Le 20 mars 1830, un jeune homme, domestique, âgé de 28 ans, de bonne constitution, fut admis à l'hôpital de la charité pour être débarrassé d'une tumeur du volume d'une orange, qu'il portait depuis six ans à la région deltoïdienne du côté droit. Cette tumeur présentait les caractères suivans : Figure sphérique: peau saine et indolente au toucher ; mobilité trompeuse de la tumeur sous l'impulsion des doigts ; deltoïde presque paralysé par la distension qu'il éprouve; difficulté de l'élévation volontaire du bras ; douleurs dans l'élévation forcée de ce membre. Le mal était survenu à la suite d'un coup reçu six années auparavant. M. Roux crut d'abord n'avoir affaire qu'à une loupe, ou bien à une tumeur fibreuse des parties molles. Mais un examen plus réfléchi rectifia bientôt ce jugement, qui fut ailleurs confirmé le lendemain par celui de Boyer. M. Roux scia l'exostose à la base et l'enleva à l'aide d'un procédé fort ingénieux que je décrirai plus tard.

Dissection de l'exostose. Cette ostéocèle avait très-exactement la figure d'une grosse tête de fémur. Sa surface était mamelonnée et très-lisse au toucher. Ayant été divisée en deux par un nouveau trait de scie, sa substance parut absolument identique à celle de la diaphyse d'un humerus, savoir, très-compacte à la superficie, et alvéolaire ou spongieuse dans le centre et vers la base. D'après l'examen attentif que je fis de cette pièce, il me fut facile de reconnaître, à la disposition anatomique de ses fibres osseuses, qu'il s'agissait ici d'une véritable exostose épiphysaire, dont la base était déjà cimentée avec le parenchyme de l'os qui en avait supporté la présence. La nature de la cause de la tumeur était d'ailleurs en harmonie avec la disposition matérielle de son tissu. Nous développerons tout à l'heure cette dernière idée.

Dans la planche LXXXVIII, fig. 1, 2 et 3 de son *Museum anatomicum*, Sandifort a représenté une exostose sur la face interne supérieure du fémur, précisément au-dessous du petit trochanter, et dont la figure est en tout semblable à celle d'un rognon de mouton, qui aurait été appliqué au fémur par l'une de ses faces plates. Howship, qui cite ce même fait (pag. 88 de son mém.), l'a pris pour une exostose d'origine parenchymateuse ; il s'appuie sur la non-existence d'une ligne de démarcation à la base, après que la tumeur a été sciée. Mais si l'on examine bien et de plus près la chose, l'on verra que le canal médullaire du fémur était entièrement normal, et que l'exostose n'avait son siége que sur les couches extérieures de l'os. Cela me fait par conséquent penser qu'il s'agissait plutôt ici d'une ostéocèle épiphysaire, dont la base aurait été ossifiée et cimentée avec l'os primitif. J'aurais, en effet, de la peine à concevoir le développement d'une exostose parenchymateuse sur un os cylindrique, sans que le canal médullaire en fût en même temps resserré ou oblitéré, soit en totalité, soit en partie. Du reste, cette exostose paraît n'avoir eu d'autre cause de développement que les frottemens de la selle sur laquelle l'homme allait habituellement à cheval, ce qui serait parfaitement d'accord avec le jugement que nous venons d'en porter. C'est ici le lieu de faire observer, en attendant, que le greffement organique de toute exostose épiphysaire ne s'opère que par une sorte de plasticité rétrograde de la partie corticale de l'os ancien ; une partie du sel terreux de cette substance disparaît ; elle devient spongieuse, alvéolaire, comme la partie centrale de tous les os normaux, et la cimentation réciproque des deux corps s'opère par l'intervention de la force plastique générale. C'est ainsi que deux parties similaires molles de notre corps s'unissent souvent ensemble par suite d'un travail de physiologie pathologique. L'organisation des exostoses épiphysaires déjà cimentées démontre jusqu'à l'évidence la vérité des propositions qui précèdent. La partie corticale de l'exostose remplace alors celle de l'os qui est déjà devenue spongieuse.

Nous avons dit qu'après la cimentation osseuse à leur base, les exostoses épiphysaires s'endurcissent davantage à mesure qu'elles vieillissent, et qu'enfin elles se saturent tellement de phosphate calcaire que leur tissu devient analogue à celui de l'ivoire ; c'est cet état d'éburnation qui constitue une sorte de terminaison naturelle de ces tumeurs. J'en citerai un seul exemple parmi les cas nombreux que je pourrais rapporter.

Exostose épiphysaire éburnée.

Obs. V. — Chez un soldat, énorme ostéocèle à la tempe depuis 15 ans ; volume et figure d'un véritable melon. Absence complète de symptômes cérébraux. Mort d'autre maladie.

Autopsie. L'exostose est tout-à-fait plantée sur la surface externe de l'os temporal ; la face interne du crâne est dans l'état normal ; la tumeur ne se propage pas jusqu'à la table vitrée. Sciée : texture analogue à celle de l'ivoire (1).

Bien qu'aucune remarque n'ait été faite sur la disposition des fibres de cette exostose, aucun doute ne saurait être élevé sur son origine épiphysaire. Un os aussi mince que le temporal en effet, dépourvu de tissu diploïque intérieurement, ne saurait être atteint d'os-

(1) J.-L. Petit, ouvrage, cité p. 340.

téocèle parenchymateuse sans que sa lame interne ne participât à ce travail morbide. Or, J.-L. Petit fait observer dans ce cas que « la dure-mère et le cerveau » de ce côté n'avaient rien de particulier, et l'os des » tempes n'était monstrueux qu'au dehors; l'intérieur gardait sa conformation naturelle jusque dans » les moindres fissures que les vaisseaux ont coutume » d'y graver par leurs battemens. » Ceci indique évidemment que la tumeur n'a été d'abord que superposée au crâne; ensuite elle s'est identifiée avec l'os temporal pour s'éburner enfin, par les progrès naturels de l'ossification, pendant les six années de son existence.

Mais ce n'est pas tout. D'autres considérations nous restent encore à faire pour bien expliquer toute l'organisation matérielle des exostoses épiphysaires. Examinons d'abord les effets de la macération sur ces sortes d'ostéocèles.

Il y a quatre procédés différens qu'on peut mettre en usage pour anatomiser une exostose et s'assurer de la disposition des fibres de son parenchyme, savoir : 1° par l'intermédiaire du feu; 2° de l'air atmosphérique; 3° des acides minéraux; 4° par la macération dans l'eau commune.

En exposant une exostose à l'action du feu, on détruit sa partie animale, et ce qui reste est formé par les sels terreux qui conservent encore la forme de la tumeur comme une espèce de moule. C'est là ce qu'on peut appeler à la rigueur une sorte de *macération ignée*, après laquelle on peut très-bien étudier la disposition des fibres osseuses; et si la tumeur n'est pas très-ancienne, la combustion fait bientôt discerner une sorte de ligne blanche et circulaire à la base, qui indique le point de cimentation des deux corps, si toutefois il s'agit d'une exostose épiphysaire. J'ajouterai que si l'ostéocèle corticale n'est pas encore greffée dans le parenchyme de l'os sous-jacent, la macération ignée fait sur-le-champ séparer ces deux corps entre eux, comme s'il s'agissait de deux morceaux de planche joints face à face par l'intermédiaire d'une colle forte. C'est ainsi qu'en soumettant à la combustion quelques-unes de ces tumeurs, Delpech et Howship sont parvenus à les séparer de l'os de leur base, et à en étudier sous un meilleur jour l'intime organisation alvéolaire. On observe dans ces cas qu'en faisant brûler en même temps et l'os primitif et la tumeur, leur structure ne présente rien de dissemblable, bien que la substance de l'un ne fasse pas continuation avec celle de l'autre. En exposant pendant longues années à l'air libre une exostose épiphysaire, l'os est privé d'une grande partie de sa substance animale, devient plus léger, et la séparation des deux corps peut encore avoir lieu. C'est ce qui a été vérifié par Delpech et Lobstein. Ce serait là une sorte de *macération aérienne*, si l'on peut ainsi parler. Je ne pourrais pas garantir ce fait directement; mais tout ce que je sais à cet égard, c'est que les os qu'on tire des vieux cimetières sont très-légers, et dépourvus de toute leur partie animale comme s'ils eussent été exposés à une combustion préalable. Quoique plus lentement, le temps, l'air, ou la terre n'agiraient-ils pas sur les os comme une macération ignée?

La macération par les acides minéraux, au contraire, donne un résultat tout opposé au précédent. Ici, comme tout le monde le sait, ce sont les sels terreux de la substance de la tumeur qui sont détruits ou séparés. Ce que l'on obtient alors, c'est la partie animale qui conserve encore la forme de la tumeur primitive. La disposition des fibres du parenchyme est aussi par là mise en évidence; et si l'exostose est de nature épiphysaire, elle se détache ordinairement à la base et laisse voir le tissu intact de l'os sous-jacent; ou bien si la tumeur était déjà organiquement cimentée avec l'os de la base, on peut distinguer toujours la ligne de superposition ou d'union de ces deux corps.

Par la macération aqueuse enfin, l'on peut parvenir aussi à ramollir la tumeur et la faire détacher de sa base; mais ce moyen est d'un très-faible secours si l'exostose a déjà passé par la période de greffement organique ou de cimentation. (Delpech, Lobstein.)

Il ne me reste maintenant, pour terminer ce que j'avais à dire sur l'anatomie pathologique des exostoses épiphysaires, qu'à ajouter un mot concernant leurs apparences sous l'inspection microscopique. Pour cela, je ne pourrais mieux faire, je crois, que de me prévaloir des recherches curieuses de MM. Howship et Lobstein.

D'après ces deux célèbres observateurs, regardées sous des lentilles microscopiques, les exostoses épiphysaires représentent à la vue tout ce qu'on peut imaginer de plus beau, de plus admirable, en broderie, en cristallisation, en architecture gothique, ou en tout autre genre qu'on voudra. Ici, dit-on, l'on voit un nombre prodigieux de petites cellules imitant très-bien une madrépore; là, on observe une innombrable quantité de filamens amiantacés, placés perpendiculairement à la surface de l'os, comme une infinité de petites aiguilles spathiques; à côté est un morceau d'écailles de poisson, superposées les unes aux autres avec ordre et harmonie; plus loin existe un beau bouquet de feuilles de lichen; plus loin encore, on admire des espadons luisans et de beaux gros grains analogues à ceux du sucre candi, etc., etc. Si vous abordez ensuite les grosses pièces épiphysaires, ici, dit-on, ce sont des masses verruqueuses, des rochers, des feuillets contournés, des houppes osseuses, des choufleurs, des champignons, des nids d'oiseaux, des architectures d'abeilles, de castors, etc., etc. C'est sur ces simples apparences accidentelles que M. Lobstein a établi une sorte de république ostéophyte, divisée en dix tribus, d'après les dix espèces de physionomies qu'il a reconnues à ces tumeurs, soit à l'œil nu, soit à l'œil armé de lentilles microscopiques. Ce praticien a même inventé des noms particuliers pour chacune de ces variétés de forme (1). Pour mon compte, je dois dire que je n'attache aucune importance pratique à ces distinc-

(1) Lobstein, *Anatomie pat.*, t. 2, chap. 3.

tions ; je n'ai mentionné les images ci-dessus que comme objets de simple curiosité d'histoire naturelle.

Il y a pourtant parmi ces recherches curieuses un point important à saisir, en ce qu'il donne une idée sur le mode de formation de ces excroissances. Le voici ; c'est Howship qui parle : « La surface du nouvel os était » d'une beauté excessive ; elle présentait une grande » variété de trous pour le passage des vaisseaux et des » sécrétions, dont il aurait été absolument impossible » d'acquérir l'idée sans le microscope solaire. » Je quitte en attendant, sans autre commentaire, ce sujet, pour passer *ex abrupto* à celui de l'anatomie pathologique des exostoses parenchymateuses. Laissons d'abord les faits parler eux-mêmes.

Exostose parenchymateuse.

Obs. VI. — Dans le mois de septembre 1833, le nommé Guérin, d'Amiens, jeune homme de 18 ans, de constitution lymphatique, apprêteur de draps de profession, fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Sainte-Marthe, pour être débarrassé d'une ostéocèle du volume et de la figure d'une véritable bille, qu'il portait depuis dix ans sur la face palmaire de la première phalange du doigt indicateur du côté gauche. Pas de douleur ; tégumens très-distendus et très-amincis sur la tumeur ; perte d'une grande partie des usages du doigt ; difficulté pour travailler. Une seconde tumeur osseuse, du volume d'un marron, existe sur le côté radial du métacarpien correspondant. Absence de syphilis. Amputation du doigt dans l'articulation métacarpo-phalangienne, pratiquée par M. Dupuytren. On abandonne la seconde exostose pour l'opérer dans une autre occasion, si elle gêne par la suite.

Dissection de la tumeur. Incision longitudinale sur les tégumens de la face palmaire du doigt. Décallotement très-facile de la tumeur comme si c'eût été une tête de petit chien. La tumeur est parfaitement lisse et égale à sa surface, comme une bille ordinaire ; périoste épais comme un péricrâne d'enfant. On scie longitudinalement la pièce entière on y remarque : 1° que la tumeur est toute osseuse, solide et sans cavité intérieure ; rien d'analogue avec un spina ventosa ; la partie corticale est compacte, la centrale alvéolaire ; 2° que cette tumeur tout entière n'est pas superposée à l'os primitif, mais qu'elle est évidemment une émanation du parenchyme propre de la phalange ; ce parenchyme est hypertrophié, augmenté de masse et de densité du côté palmaire ; on y observe la divarication des fibres osseuses de la base qui se contournent en direction divergente, indice certain de l'émanation active dont nous avons parlé ; 3° que la phalange tout entière avait subi une sorte de flexion dans le sens de la tumeur, c'est-à-dire qu'elle était devenue très-convexe du côté dorsal et concave du côté opposé ; 4° enfin, que des espèces d'espadons rayonnans éburnés s'observent dans la partie diploïque de la tumeur, ce qui indique un commencement de sursaturation calcaire (1).

(1) M. Champion, chirurgien distingué à Bar-le-Duc, a bien voulu me communiquer un fait analogue qu'il a rencontré dans sa pratique, et qu'il guérit en sciant la tumeur et en conservant le doigt ; mais dans le cas ci-dessus, l'ablation du doigt était inévitable pour en obtenir la guérison.

Sous le rapport de l'anatomie pathologique, l'observation qui suit n'est pas moins remarquable.

Exostose parenchymateuse.

Obs. VII. — En 1814, le cadavre d'une vieille femme fut porté dans un des pavillons anatomiques de la Faculté de médecine de Paris. Il présentait une énorme ostéocèle à la joue. M. Breschet disséqua soigneusement cette tumeur et en présenta la pièce à la société de la Faculté. Voici l'extrait abrégé des détails de ce fait intéressant.

Tumeur osseuse bilobulée du volume du poing, développée exclusivement dans le parenchyme de l'os maxillaire gauche ; se prolongeant en haut, en arrière, en dedans et en dehors de la bouche à la fois ; ayant luxé la mâchoire inférieure des deux côtés par ses progrès ; déprimant la langue, comprimant le pharynx, et rendant la mastication et la déglutition impossibles. Bouche toujours béante ; saillie sur la face du lobe antérieur de la tumeur. Tégumens et muscles qui la recouvrent sains, bien que très-distendus ; surface extérieure de l'exostose lisse sur quelques points, sillonnée et rugueuse sur d'autres. Sciée, sa substance est solide, osseuse, très-dure, plus compacte en dehors, alvéolaire en dedans. « La substance osseuse de cette » végétation, dit M. Breschet, est dure et compacte à » la superficie, et dans l'intérieur elle a moins de con- » sistance ; elle paraît spongieuse. » On ne put avoir aucun renseignement sur les antécédens de ce cadavre. (1).

J'ai déjà fait remarquer la disposition particulière des fibres osseuses dans les deux classes des exostoses, et le parti qu'on pourrait tirer de cette organisation pour distinguer la nature originelle de ces tumeurs. Ce que dit Boyer à l'égard de l'anatomie pathologique des véritables exostoses, ne peut se rapporter qu'aux ostéocèles parenchymateuses. Voici ses propres paroles : « Dans un grand nombre d'exostoses, en examinant at- » tentivement le tissu osseux à leur base, on distingue » facilement ses fibres déviées de leur direction primi- » tive, divergeant plus ou moins entre elles, se dissé- » minant à la surface de la tumeur, ou se perdant dans » son épaisseur *après avoir subi une certaine divari-* » *cation.* » (T. 5, p. 545.) Et deux pages plus loin, le même auteur ajoute : « Lorsque la tumeur n'est pas » très-volumineuse, et quand elle a lieu à la surface » d'un os cylindrique, on suit de l'œil la divarication » des fibres osseuses, dans l'intervalle desquelles on » dirait qu'il s'est interposé une substance osseuse nou- » velle, et dont l'organisation est moins distincte. » (Ib., p. 547.)

(1) Bulletins de la société de la Faculté de méd., t. 4, p. 332.

Ce qui précède est très-exact ; mais en lisant attentivement tout le chapitre des exostoses dans Boyer, on verra manifestement que ce chirurgien n'a pas connu les exostoses épiphysaires, puisqu'il n'en dit mot, et qu'il les confond avec les parenchymateuses. Toutefois la remarque que nous venons de lire sur la divarication des fibres osseuses, est fort intéressante pour nous. C'est en effet par cette seule disposition que M. Howship parvint à démontrer que trois exostoses des membres inférieurs, qui se trouvaient dans le muséum de M. Neaviside, à Londres, étaient d'origine parenchymateuse, et non épiphysaire. Je regrette que les limites de ce travail ne me permettent pas d'entrer dans les détails intéressans de ces trois faits.

D'après tout ce que nous avons dit sur l'éburnation en général, il est facile de comprendre comment une exostose parenchymateuse peut acquérir en vieillissant cet aspect de l'ivoire, aspect que d'ailleurs nous avons déjà observé aussi dans les exostoses épiphysaires (obs. 5.) Les cas de cette espèce sont très-fréquens ; il n'y a peut-être pas de médecin un peu exercé qui n'en ait rencontré dans sa pratique. Aussi m'abstiendrai-je d'en rapporter ici d'autres exemples. Je me contente de clore ce travail par les remarques suivantes.

L'exostose parenchymateuse peut très-bien se trouver jointe à l'épiphysaire. Il est facile, dans ce cas, de distinguer la partie du travail périostal surajouté à la première tumeur. Les cristallisations osseuses élaborées par les vaisseaux périostaux, à la surface du parenchyme d'un os déjà exostosé, prennent quelquefois des formes vraiment étonnantes. Le crâne d'un individu entaché de syphilis, et qui est conservé dans le cabinet anatomique du professeur Nanula, se trouve dans ce cas. Indépendamment de plusieurs exostoses parenchymateuses, toute la surface extérieure de la calotte de ce crâne est hérissée d'un nombre infini de végétations osseuses éburnées, blanches comme de l'albâtre, et ayant 2 à 3 pouces de hauteur. La symétrie, l'ensemble de ces cristallisations osseuses luisantes, qui s'élèvent sur la voûte crânienne comme une multitude d'arbrisseaux chargés de neige, forment un coup-d'œil vraiment admirable. Cette pièce, qui a été préparée par feu le professeur Boccanera, est peut-être unique en Europe par sa beauté ; elle est remarquée par tous les étrangers qui visitent le riche et magnifique cabinet de M. Nanula. On y peut étudier en effet jusqu'à quel degré une maladie particulière du péricrâne est susceptible de donner lieu aux élaborations osseuses épiphysaires. Une pièce du même genre, remarquable aussi par sa beauté et par les circonstances particulières qu'elle présente, m'a été donnée par mon estimable ami et confrère M. Carron du Villards : c'est l'extrémité supérieure du tibia d'une jeune fille scrophuleuse. Cet os est d'abord considérablement hyperostosé, avec oblitération complète du canal médullaire ; il est en même temps éburné et dur comme de l'ivoire véritable ou comme la défense d'un rhinocéros, et hérissé d'un nombre infini de végétations osseuses périostales ou épiphysaires, ce qui offre un exemple de quatre maladies différentes à la fois sur une même pièce, mais dont l'une a pu être la suite de l'autre ; savoir hyperostose, éburnation, destruction de l'organe médullaire, et élaborations osseuses périostales. La substance de cet os est tellement serrée et éburnée, que je me propose, à l'exemple de Ruysch (1), d'en faire deux manches de scalpel. M. Breschet a, l'année dernière, amputé une cuisse à l'Hôtel-Dieu, dont le fémur présentait à peu près les mêmes conditions. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que, bien que l'amputation soit pratiquée sur une portion d'os altérée, comme ci-dessus, cet état de l'os restant n'empêche pas la cicatrisation du moignon de s'accomplir.

Faisons cependant remarquer que ces sortes de dégénérescences sont plus fréquentes dans les petits os que dans les grands. En effet, on peut avancer, sans craindre d'être démenti par l'observation, que les exostoses parenchymateuses ont une prédilection pour le tissu spongieux des petits os, tandis que les exostoses épiphysaires ne se montrent le plus ordinairement que sur la partie compacte et dure des grands os. Mais cette règle n'est pas sans exception.

La combinaison des deux espèces d'exostoses sur une même pièce avait déjà été observée par une foule d'auteurs anciens ; mais par cela même qu'ils méconnaissaient les productions osseuses épiphysaires, ils ne savaient pas se rendre raison de ce double tissu que ces exostoses présentaient après leur section. Delpech cependant a bien compris cette disposition anatomique. « Ces deux espèces d'exostoses, dit cet auteur, sont » quelquefois combinées dans une seule et même tu- » meur. Ainsi une coupe verticale qui la pénètre dans » toute son élévation, démontre alors qu'une couche » plus ou moins épaisse de sa surface est formée d'un » tissu bien différent et bien distinct de celui de l'os » primitif, tandis que la partie profonde, où l'on voit » se perdre insensiblement ce dernier, présente le tissu » des organisations osseuses développées dans l'inti- » mité du tissu préexistant, et une intumescence ma- » nifeste de celui-ci qui, dans un os cylindrique, par » exemple, efface plus ou moins la cavité médullaire. » (Delpech, *Mal. chir.*, t. 3, p. 574.) Ces derniers exemples que nous venons de citer viennent à l'appui de l'exactitude des assertions du chirurgien de Montpellier. On peut encore voir dans la planche 87 du *Museum anatomicum* de Sandifort (fig. 10, 11, 12), un autre exemple remarquable d'exostose parenchymateuse du tibia, surmontée par des dépôts épiphysaires multiples. Sandifort décrit ainsi la pièce sciée : « Substan- » tia quæ tumorem componit eadem est quæ reliquis » ossis ; externa autem crusta tenuissima existit. Su- » perficies tumoris admodum inequabilis est, etc., t. » 1, p. 219. » Quelques auteurs enfin assurent avoir

(1) « Hominis os tibia, etc... Notandum, in osse tibiæ nul- » lam reperi cavitatem, sed ita compactum et durum esse ob- » servari, ut curiositatis ergo *aliquot manubria ex iis con- » fici curavi.* » (Ruyschii opera, t. 1, p. 175.)

scié des exostoses qui n'étaient éburnées que dans une de leurs moitiés latérales ; cela se conçoit.

Dans l'exposé d'anatomie pathologique que nous venons de faire, on sera peut-être étonné de notre silence à l'égard des exostoses dites suppurées, cariées, etc. Je dois déclarer à cet égard que je ne connais pas un seul exemple bien constaté d'exostose dégénérée de la sorte. Les cas de ce genre rapportés par J.-L. Petit, Léveillé et par d'autres me paraissent plutôt indiquer des abcès enkystés du parenchyme des os, avec ou sans carie, que des exostoses suppurées, etc. Du reste, je n'en nie pas la possibilité, mais ces sortes de terminaisons des exostoses sont encore pour moi au nombre des *inconnues*. J'en dirai autant des fractures des exostoses dont quelques auteurs, J.-L. Petit entre autres, ont parlé : bien qu'il ne soit pas impossible qu'un os exostosé se fracture à l'endroit de l'ostéocèle, néanmoins je ferai remarquer que les cas de ce genre qu'on a cités se rapportent plutôt à ces boîtes osseuses qu'on a rangées au nombre des spina-ventosa, qu'à de véritables exostoses. Je pense d'ailleurs qu'un os exostosé est toujours plus résistant à l'endroit de l'ostéocèle que dans le reste de son étendue. Il n'en est pas de même de la nécrose bien avérée des exostoses épiphysaires ; mais une exostose parenchymateuse est-elle susceptible de nécrose isolée comme les dernières ? C'est ce que nous discuterons ailleurs.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

Nouvelle sonde pour servir à l'injection du canal nasal par son orifice inférieur, modifiée sur celle de M. Gensoul ; par le docteur Sirus-Pirondi.

Il y a peu de maladies du ressort spécial de la chirurgie, dont la méthode curative ait été autant changée, que pour la fistule lacrymale. La description de tous ces procédés plus ingénieux les uns que les autres, a donné matière à des volumes entiers. Toutefois, une seule de ces méthodes, qui semblerait préférable à toutes les autres puisqu'elle exclut l'instrument tranchant, a toujours trouvé peu de partisans. Depuis Anel, on a rarement tenté de guérir les fistules lacrymales à l'aide d'injections faites par les points lacrymaux ; l'insuffisance de ce moyen a dû y faire renoncer dans plusieurs cas. Mais depuis que M. Gensoul, généralisant l'idée d'Anel, nous a montré, à l'aide de ses sondes, comment on peut attaquer par ses deux orifices à la fois le canal nasal oblitéré, on aurait pu faire plus souvent usage de la méthode des injections, méthode qui, j'ose le croire, rendra plus tard inutiles toutes les autres, dans le plus grand nombre des cas au moins. Bien rarement, en effet, l'oblitération du canal nasal pourra résister à des injections faites avec un liquide convenable, si l'on sait associer le procédé de M. Gensoul à celui d'Anel ; et je crois que si cette méthode combinée n'a pas été généralement adoptée, c'est que d'un côté on n'est jamais parvenu à trouver un liquide d'une grande efficacité, et que d'ailleurs les sondes de M. Gensoul, telles que ce savant chirurgien les a imaginées, sont toujours d'une application difficile et souvent impossible.

Le cathétérisme avec les sondes de M. Gensoul est rendu difficile par deux causes principales : la direction parfois trop courbe du canal, et le trop peu de distance entre le bord libre du cornet inférieur et la face supérieure de l'apophyse palatine.

Dans le premier cas, la sonde reste seulement placée sous le cornet, et son extrémité ne pouvant dépasser l'orifice inférieur du canal, l'injection est nulle. Dans le second, il est impossible de pratiquer le second temps de ce cathétérisme, la rotation, et il faut renoncer à de nouvelles tentatives, car on s'exposerait à briser le cornet inférieur, comme je l'ai vu arriver parfois dans les amphithéâtres, lorsque les élèves s'exercent à cette opération.

M. Gensoul a fait donner au bec de ses sondes une direction qui suit autant que possible la direction du canal nasal; mais il suffit de les essayer sur quelques malades, pour s'apercevoir de suite qu'une même courbure ne saurait servir à tous les cas. La longueur du bec ensuite empêche que l'on puisse tourner l'instrument si le cornet est placé trop bas. Supposé donc que l'on eût le moyen de reconnaître d'avance la direction du canal et la position du cornet, il faudrait avoir pour ainsi dire autant de sondes qu'on aurait de malades à traiter, chose fort embarrassante, surtout dans un hôpital.

Les sondes de M. Gensoul, étant métalliques, ont surtout l'inconvénient d'être inflexibles et de ne pas suivre assez les contours de la face externe du cornet qu'elles *soulèvent* plus ou moins, ce qui cause des *tiraillemens* parfois insupportables aux malades.

On a, je crois, songé avant moi à des sondes en gomme élastique ; mais, outre qu'étant tout en gomme, elles ne présentaient pas assez de solidité pour pouvoir bien pratiquer le cathétérisme, on n'a pas cherché à remplir toutes les indications que je vais indiquer.

La sonde que je propose est composée d'une partie que je nommerai *externe*, et qui est en argent, et d'une partie *interne* (1), qui est en gomme élastique. Celle-ci présente à son extrémité interne un bout qui est encore en argent. Des deux parties de la sonde en argent, l'externe, qui porte deux anneaux comme la sonde ordinaire, a deux pouces de long ; l'interne, deux lignes seulement ; la partie intermédiaire, en gomme élastique, a deux pouces huit lignes de long, ce qui donne quatre pouces trois quarts pour la longueur totale de la sonde. Légèrement conique dans toute sa longueur, elle a deux lignes de diamètre extérieur à son extré-

(1) Par ces deux dénominations, j'entends parler de la partie de la sonde qui reste *hors* des fosses nasales, et de celle qui est placée en *dedans*, une fois la sonde en place.

mité externe, et une ligne environ à son extrémité interne. Un stylet en argent flexible remplit presque exactement la capacité de la sonde, dès qu'il est parvenu à sa portion intermédiaire; un peu renflé à son extrémité interne, où il fait légèrement saillie à l'extrémité correspondante de la sonde, il porte un bouton à l'extrémité externe, plus deux petits tenons qui s'engagent dans deux mortaises pratiquées en arrière des anneaux de la sonde; cela sert à maintenir le stilet toujours uni à la sonde, de manière que l'un ne puisse pas tourner l'un sans l'autre. La portion intermédiaire de la sonde est graduée par lignes (1).

Voyons maintenant comment ces sondes peuvent faciliter le cathétérisme du canal nasal.

Avant de me servir de la sonde, j'ai soin d'examiner avec un stylet boutonné, flexible et de grosseur moyenne, quelle est la distance de l'orifice inférieur du canal au plancher des fosses nasales, et en même temps la position du cornet; je ne cherche point à faire pénétrer le stylet dans le canal, il me suffit de le sentir placé dans le méat inférieur, en touchant la partie supérieure de ce méat par l'extrémité de la courbure que je lui ai primitivement donnée. Il faut rarement changer plus de deux fois la courbure de ce stilet, pour trouver le point indiqué; d'ailleurs, ne voulant pas pénétrer dans l'intérieur du canal, cette courbure est si courte que le mouvement de rotation est toujours imperceptible au malade.

Ce stilet m'indique alors quelle courbure je puis donner à la sonde, que je *moule* pour ainsi dire sur lui à l'aide du stylet également flexible qui la traverse. Me servant alors de cette sonde comme de celle de M. Gensoul, j'arrive aisément à placer son extrémité interne dans le méat inférieur (2). Après quelques légers mouvemens pour trouver l'orifice du canal nasal, mouvemens que je puis multiplier en toute direction en tournant le bouton du stylet d'égagé des mortaises, dès que je sens le bec de la sonde un peu engagé, je ne fais aucun mouvement pour le faire pénétrer, car c'est ce mouvement de bascule qui fait souvent manquer le canal; mais je tire doucement le stylet, et l'extrémité interne de la sonde, poussée par l'élasticité propre à la portion intermédiaire, monte dans l'intérieur du canal nasal aussi haut que peut le permettre sa capacité. Je sors alors entièrement le stylet, et il ne me reste qu'à faire l'injection comme à l'ordinaire. Je puis d'ailleurs laisser la sonde en place aussi longtemps que je le veux, sans crainte de fatiguer le malade; en effet que la portion intermédiaire s'adapte si aisément à tous les contours qu'elle doit parcourir, que tout tiraillement ou froissement devient impossible.

(1) C'est a M. Charrière qu'on en doit l'exécution.

(2) On pourrait aussi se servir primitivement de la sonde, en lui donnant une nouvelle courbure, si par la première on n'a pu se placer; mais je préfère me servir primitivement d'un stylet, comme je viens de l'indiquer.

Les lignes marquées sur la portion intermédiaire ont pour but, dans les cas difficiles, de faire reconnaître sans nouvel essai quelle courbure on donnera à la sonde toutes les fois qu'on reviendra aux injections. On n'a qu'à noter la première fois à combien de lignes on a courbé l'instrument. Une seule sonde aussi pourrait, à la rigueur, suffire pour les deux côtés; mais il est mieux d'en avoir deux; car, les directions étant opposées à droite et à gauche, les stylets intérieurs ainsi que les portions intermédiaires se mouleront toujours mieux, si on s'en sert constamment du même côté.

En adaptant un bout de métal à l'extrémité de la sonde, j'ai eu pour but d'éviter que le tissu de la gomme élastique, un peu défait par l'humidité, ne finît par faire arcbouter la sonde contre cette espèce de diaphragme formé par un repli de la pituitaire à l'orifice inférieur du canal. Telle qu'elle est, la sonde pénètre toujours très-facilement; et, comme nous l'avons dit plus haut, la portion extérieure *inflexible* donne de la sûreté, de l'aisance et de la régularité au cathétérisme.

Observation de rage communiquée, développée malgré l'emploi du galvanisme; par le docteur L. Paris, médecin de l'infirmerie royale et de la maison des jeunes détenus.

Obs. — Le 4 mai 1834, à cinq heures et demie du matin, le nommé George Joseph ancien militaire, surveillant du parc de Versailles, est assailli par un chien de la race des doguins, de moyenne taille. Cet homme, d'une force athlétique, est obligé de lutter environ dix minutes avec l'animal avant d'en être débarrassé. Dans cette lutte il reçoit plusieurs blessures: 1° deux au genou gauche, très-superficielles, et que la dent n'a pu produire qu'après avoir percé un pantalon de drap; 2° deux autres, l'une à la main droite, de près d'un pouce d'étendue en longueur et d'une grande profondeur, et l'autre au poignet gauche, moins grande et mois profonde. Toutes les circonstances de l'accident pouvant donner lieu de craindre que l'animal ne soit enragé, la cautérisation des blessures est faite presque immédiatement (six heures du matin), au moyen de cautères lenticulaires par MM. les docteurs Voisin et Boucher de Versailles. Dans la journée suivante, MM. les docteurs Marc et Pravaz, ayant été instruits de l'accident, se transportent près du blessé, et le 6, à une heure du matin, ils font à chacune des plaies l'application du galvanisme au moyen de conducteurs en argent. Cette opération fait éprouver au malade des douleurs extrêmement vives, accompagnées de secousses tétaniques dans les membres et dans le tronc; cependant les aiguilles ne peuvent pénétrer à une profondeur aussi grande que les opérateurs le désiraient, à cause des escarres charbonneuses produites par le fer incandescent. Celles-ci étant tombées quelques jours plus tard, on juge convenable de cautériser de nouveau au

moyen de l'application du nitrate acide de mercure. Les docteurs avaient l'intention de faire suivre cette seconde cautérisation d'une nouvelle application qui aurait pu atteindre des parties plus profondes du galvanisme, mais le blessé s'y est refusé d'une manière absolue.

Vers le milieu du mois de juillet, six semaines environ après l'accident, toutes les plaies sont cicatrisées; mais à compter de cette époque le blessé devient chagrin et morose, et cependant nul pressentiment d'accidens fâcheux ne paraît tourmenter son esprit.

Le 23, les cicatrices commencent à se gonfler; le malade en parle à ses camarades, mais comme d'une chose à peu près indifférente. Vers le soir il survient de l'anxiété, une douleur intense dans le bras droit, et particulièrement au poignet, à l'endroit de la cicatrice. George consulte alors M. Voisin, qui fait appliquer sur le membre malade un liniment calmant, des cataplasmes narcotiques, et conseille l'usage à l'intérieur d'une potion antispasmodique.

Le 24 au matin, diminution notable des symptômes; journée assez calme. Vers le soir retour des douleurs et de l'anxiété générale. Point de fièvre. (Même prescription que la veille).

Le 25. Rémission moins marquée que la veille; retour de douleurs vives vers le soir. (40 sangsues au poignet).

26. L'évacuation de sang paraît avoir produit un bon effet. Le malade est tout-à-fait calme. Afin de le maintenir dans cet état, on juge convenable de le mettre au bain. Il y reste environ une heure et demi sans manifester la moindre horreur du liquide. Le mieux-être continue jusque vers le milieu de la nuit; mais à ce moment les douleurs reparaissent avec une intensité plus grande; l'anxiété est extrême. Un érysipèle d'apparence phlegmoneuse s'étend depuis l'endroit des cicatrices et des piqûres de sangsues jusqu'aux ganglions axillaires. Le malade commence alors à manifester de l'horreur pour les liquides. Il se plaint de ressentir une chaleur vive à la gorge, et lorsqu'il consent à boire la déglutition est très-difficile. La langue, examinée avec soin, ne présente aucun développement de pustules lyssiques.

27 au matin. Les douleurs du bras vont toujours croissant; l'irritabilité est extrême; la face est rouge, animée; les yeux deviennent brillans; le malade est tourmenté d'un besoin continuel de changer de position; ses idées se troublent par instans. On prend alors le parti de le faire transporter à l'infirmerie de la maison du roi. Il est, à cet effet, placé dans un fiacre, et M. Adolphe Guillery, chirurgien militaire à l'hôpital de Versailles, consent à l'accompagner, mission qui certainement n'était pas sans danger. Heureusement, pendant le trajet, George fut assez calme et se plaignit seulement, à plusieurs reprises, d'un sentiment de défaillance que l'inspiration de l'éther sulfurique faisait bientôt cesser. A onze heures, il était rendu à l'infirmerie.

A son arrivée, il est assez tranquille. Une légère fréquence du pouls, sans irrégularité; un peu d'incertitude dans le regard, ainsi qu'un léger embarras dans la parole, sont les seuls symptômes apparens. La langue, examinée de nouveau, n'offre pas de traces de pustules. Dès que le malade est placé dans son lit, on lui demande s'il veut boire; il répond affirmativement, et accorde une certaine préférence à la bière. On lui en présente; mais dès que ses lèvres ont touché le vase, il le repousse avec horreur; il est comme suffoqué, et ses idées se troublent; mais ce léger dérangement n'est que passager, et il s'entretient bientôt de son état avec le plus grand calme. *J'ai mal au bras seulement*, répète-t-il à plusieurs reprises, *mais ce ne sera rien; je suis sûr que le chien n'était pas enragé; je crains seulement d'avoir un abcès à l'aisselle.* (20 sangsues au col, 40 sur l'érysipèle du bras; cataplasmes aux jambes.)

Vers deux heures, malgré l'évacuation de sang qui a eu lieu, l'état fébrile augmente; le pouls est d'une dureté remarquable; le malade est en proie à une agitation très-grande; il est très-inquiet, parle beaucoup et ses idées ont peu de suite; il craint qu'on l'approche, est toujours tourmenté par l'idée qu'on va le galvaniser, et compare les douleurs qu'il éprouve à celles produites par les premières opérations. (Saignée de 4 palettes au bras gauche; sinapismes mitigés aux jambes; application de la camisole de force.)

Pendant le reste de la journée, George est beaucoup plus calme; sa raison semble entièrement revenue, et la camisole de force paraît produire sur son moral une impression si vive, que, pour éviter toute cause d'excitation, on juge convenable de la lui ôter.

A neuf heures, il survient une céphalalgie intense; le trouble des idées reparaît plus marqué que dans les accès précédens; l'agitation est aussi plus grande; le malade veut se lever et s'habiller; on a peine à le maintenir dans son lit. Vers onze heures, son état semble s'améliorer un peu; mais à peine a-t-il eu quelques instans de calme, qu'il est saisi d'un accès des plus violens; il saute hors de son lit, s'élance avec fureur sur toutes les personnes qui l'approchent, menace de mordre et essaie de le faire. Une mousse épaisse couvre ses lèvres; ses yeux sont étincelans; sept personnes, dont quelques-unes sont renversées sous ses coups, suffisent à peine pour le replacer dans son lit et lui remettre la camisole. Maintenu avec force, il fait de constans efforts pour briser ses liens, lance sa bave sur tous ceux qui l'environnent, et semble la diriger surtout au visage. Les paroles qu'il prononce n'ont aucune suite, et toutes sont l'expression de la fureur (Sinapismes aux pieds, glace à la tête, lavement calmant.)

Pendant toute la nuit, le malade présente les mêmes symptômes avec plus ou moins d'intensité. Vers cinq heures du matin, il parvient à rompre ses liens, et l'horrible scène de la nuit se renouvelle. Dans la lutte, un infirmier est mordu à la main droite; heureusement la dent n'a fait qu'enlever l'épiderme dans une très-petite étendue. Après les plus grands efforts, le malade est de nouveau contenu et replacé dans son lit, où de nouveaux et plus forts liens sont destinés à le maintenir. Le même délire furieux persiste; le ptyalisme a lieu

sans interruption. (40 sangsues aux jambes, lavement d'assa fœtida.)

Même état pendant une grande partie de la journée, et à l'exception de quelques instans d'affaissement que l'extrême fatigue, produite par une agitation si grande, devait nécessairement amener de temps en temps, le malade ne cesse de crier, de se débattre avec violence, de menacer toutes les personnes qui l'approchent, et de cracher sur tout ce qui l'entoure

A trois heures, une légère remission semble avoir lieu; on en profite pour faire administrer un lavement avec 6 grains de sulfate de quinine, dans l'intention de prévenir un nouvel accès. Bientôt le délire reparaît; seulement, il offre un caractère particulier. La fureur a disparu; toutes les idées du patient se tournent vers un sujet érotique; les paroles les plus obscènes et les plus ordurières sont sans cesse prononcées par lui, avec des éclats de rire et des contorsions ridicules.

Huit heures du soir. Toujours même délire; mais le malade perd ses forces; sa loquacité devient moins grande; la voix s'affaiblit peu à peu. Bientôt on n'entend plus que quelques sons rares et mal articulés. A dix heures, le malade a cessé tout-à-fait de parler; les mouvemens de la respiration sont difficiles et rares, mais encore très-apparens; il n'en est pas de même des mouvemens de la circulation; on ne sent déjà plus le pouls; l'oreille appliquée sur la poitrine ne perçoit plus les battemens du cœur; les yeux sont immobiles et ternes; la cornée de l'œil gauche est plissée et comme racornie. Enfin, à dix heures et demie, la respiration cesse aussi d'avoir lieu; la vie est éteinte, sans que l'on ait aperçu d'autres mouvemens convulsifs qu'un léger spasme des paupières.

Nécropsie vingt heures après la mort.

Habitude extérieure. Rigidité cadavérique peu prononcée; lividités peu marquées à la partie postérieure du tronc; nul autre signe de putréfaction, et cependant la température est très-élevée. Les cicatrices des morsures cautérisées, étant fendues dans toute leur longueur, paraissent superficielles.

Cavité crânienne. Injection très-prononcée de la pie-mère, ainsi que des vaisseaux qui rampent à la surface des lobes du cerveau; coupe de la substance cérébrale humide, offrant un piqueté très-marqué; pas de sérosité dans les ventricules ni à la base du crâne.

Cavité rachidienne. La moelle épinière conserve sa couleur, sa consistance ordinaire; on remarque seulement, comme au cerveau, une injection très-prononcée de l'arachnoïde.

Région buccale. Pas de salive dans la bouche; pas de traces de pustules lyssiques sous la langue. Les glandes salivaires ne présentent qu'un développement ordinaire.

Thorax. L'intérieur du larynx, de la trachée-artère, des bronches, est tapissé par une légère couche de mucosités grisâtres. La membrane muqueuse qui tapisse ces parties est pâle; il en est de même de celles du pharynx et de l'œsophage. Il existe de fortes adhérences de formation ancienne entre les plèvres costale et pulmonaire du côté droit. Les poumons sont parfaitement crépitans; les veines et les artères sont gorgées d'un sang noir et caillé. On rencontre des caillots de même nature dans le cœur, qui paraît être d'un volume ordinaire.

Cavité abdominale. L'estomac, qui contient une quantité assez grande d'un liquide épais, visqueux, incolore, présente vers sa grande courbure une légère injection. La muqueuse semble un peu ramollie dans la même partie. Ce sont là les seules altérations appréciables dans le ventre.

Note sur l'observation précédente, par M. Pravaz.

Cette observation peut donner lieu à quelques réflexions assez importantes. La première est relative à l'inefficacité du cautère actuel comme moyen prophylactique, malgré la promptitude de son application. Déjà le docteur Trollier avait remarqué combien il est difficile de faire pénétrer son action dans la profondeur des blessures, soit parce qu'il s'éteint trop promptement, ou que la première escarre charbonneuse qu'il produit préserve du calorique les parties sous-jacentes. Dans le cas particulier dont on vient de lire l'histoire, les escarres ont été un obstacle manifeste à la décomposition, par le galvanisme, des tissus imprégnés de virus.

A l'occasion de ce nouveau procédé de cautérisation, qui ma réussi chez les animaux dans plusieurs expériences communiquées à l'Académie royale de médecine, je noterai une circonstance omise dans l'observation de George, c'est que les douleurs que le malade éprouvait à la suite de la cautérisation par le fer rouge, cessèrent aussitôt après l'application du galvanisme.

La durée insolite de l'incubation, qui a été de quatre-vingt quatre jours, est-elle liée par quelque rapport de causalité avec l'emploi de ce moyen, bien qu'il n'ait pu, en raison de son application tardive et incomplète, préserver le malade? Je me garderai de rien prononcer sur ce point; mais j'appellerai l'attention des médecins sur les sensations douloureuses qui ont précédé l'explosion de la rage, et que le malade comparait à celles produites par le galvanisme. Elles me semblent prouver, d'une part, que cette maladie est essentiellement nerveuse, et de l'autre, elles peuvent laisser pressentir que l'électricité serait un moyen à tenter dans les paroxismes mêmes de la rage, avec une probabilité de succès que l'on peut déduire de son efficacité dans quelques cas d'épilepsie.

Empoisonnement par un lavement belladonisé; par M. Putégnat, D.-M. P. à Lunéville (Meurthe).

Obs. — Une femme de 39 ans, d'une constitution délicate, d'une susceptibilité nerveuse extrême, ayant eu un avortement et neuf enfans tous morts, s'est confiée

à mes soins dans les premiers jours d'octobre dernier. Alors, voici quel était son état. Corps maigre, facies jaune, terreux (celui d'une personne qui a perdu beaucoup de sang), muqueuses pâles, pouls serré, petit et fréquent; 100 pulsations par minute. Douleurs dans les aînes et à la partie supérieure des cuisses; douleurs atroces dans les régions lombaire et hypogastrique; cette dernière augmente à la moindre pression. Pertes abondantes en rouge et en blanc par le vagin. Le toucher par ce canal fait reconnaître un prolapsus de la matrice hypertrophiée et une large ulcération du diamètre d'un pouce au moins, profonde de deux lignes, rongeant le corps et le col de cet organe et située au devant du rectum. Les bords en sont durs. La température et la sensibilité de la matrice sont augmentées. Le spéculum ne fait voir qu'une partie de l'ulcération. Constipation opiniâtre, grande difficulté pour uriner, organes respiratoires sains.

La malade se soumet au traitement suivant jusqu'au 7 novembre. Grands bains, dans lesquels elle ne demeure jamais moins de deux heures de suite, et dans lesquels elle se fait des injections; petites saignées du bras; trois applications de sangsues sur le bas-ventre, pour combattre les exacerbations de la péritonite. L'hypogastre continuellement couvert d'un cataplasme fait avec de la farine de lin délayée dans une décoction de guimauve et de belladone (la dose de celle-ci est d'une once pour une livre d'eau). Dans la journée, quatre à six injections avec la décoction narcotico-émolliente employée pour le cataplasme. Des demi-lavemens opiacés, quelquefois une pilule composée d'un demi-grain d'extrait d'opium et de deux grains de camphre. Pour boisson, une diète délayante; pour nourriture, du laitage, du bouillon de veau et du poulet rôti.

Le 7 novembre, un quart de lavement contenant huit gouttes de laudanum de Sydenham n'ayant point calmé les douleurs atroces de la malade, je conseillai de mettre dans le demi-lavement du soir environ une demi-cuillerée de la décoction narcotico-émolliente. L'effet désiré eut lieu sans aucun signe toxique. Le 8, même traitement, même effet. Le 9, deux semblables lavemens, celui du matin n'ayant calmé la douleur que pour un moment. Le 10 au matin, la malade ne souffrant que peu, prend, d'après mon avis, seulement un lavement émollient.

Vers 6 heures du soir, ses douleurs étant atroces, elle se fait préparer un lavement de belladone. Jusqu'alors elle-même, d'après ma recommandation, avait préparé ses lavemens narcotiques. La confection de ce dernier fut confiée à une domestique; on verra quelles en furent les suites. Immédiatement après la prise du lavement, j'arrive chez la malade, et n'y reste que fort peu de temps, celui nécessaire pour la toucher. A peine cinq minutes étaient-elles écoulées, qu'on m'appelle, disant que Mme X a une *attaque de nerf*, (la malade était épileptique). J'accours, et voici les symptômes qu'elle m'offre. Extrême faiblesse dans tous les membres, qui augmente à chaque instant; la malade se dit être paralysée. Point de céphalalgie; air hébété; désir de mordre. Ces symptômes n'étant pas ceux de l'épilepsie, je pensai aussitôt au lavement de belladone; et en effet, je vis que les pupilles étaient dilatées. L'indication était de faire prendre un lavement purgatif; mais j'étais retenu par le voisinage de la matrice. Cependant, comme le danger augmentait, je fis administrer un lavement d'eau ordinaire pendant qu'on en préparait un avec 2 onces d'huile de ricin. Celui-ci ne fut pris qu'en partie. La malade alors avait tout-à-fait perdu connaissance; ses membres étaient dans un état complet de résolution; le pouls faiblissait toujours; il y avait trismus. J'ouvre la veine médiane céphalique, qui est énorme; le sang ne sort qu'en bavant, vu l'état d'asphyxie dans lequel se trouvait la malade. J'ordonne 8 sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux poignets, des frictions sèches sur les bras; en même temps, on applique sur la tête deux serviettes trempées dans de l'eau froide, et que je fais renouveler à tout instant. Les sinapismes des poignets sont enlevés et remplacés par deux autres aux avant-bras. La figure de la malade est arrosée de vinaigre. Comme il y a trismus, je profite de l'absence de la première molaire inférieure droite pour introduire dans la bouche le tuyau d'un petit entonnoir dans lequel je verse par cuillerées la boisson, composée tantôt d'eau vinaigrée, tantôt d'une infusion de café.

A neuf heures et demie, malgré tous ces soins, la malade est dans l'état suivant : Pupilles aussi larges que la cornée transparente; pâleur générale; résolution complète des membres et du tronc; extrémités froides; pouls filiforme, régulier et très-fréquent : 115 pulsations à la minute; trismus; respiration rare, mais égale; l'auscultation la plus minutieuse ne peut faire entendre le bruit de l'air pénétrant dans les vésicules pulmonaires; le bruit du cœur est excessivement faible. Voyant l'accroissement du mal, au risque d'augmenter la lésion utérine, je fais continuer le même traitement, et j'ordonne, en outre, des sinapismes autour des articulations tibio-tarsiennes, que vingt minutes après je fais remplacer par deux autres, appliqués aux mollets; puis des frictions irritantes sur les cuisses et un demi-lavement d'infusion de café.

A onze heures, je remarque un léger changement en mieux, mais qui ne dure que quelques minutes. Une demi-heure après, je trouve le pouls moins petit. A minuit, le pouls se relève toujours; les extrémités me paraissent, contrairement aux assistans, moins froides, ce qui me donne de l'espoir. A une heure, la malade sent une forte chiquenaude appliquée sur le dos de la main, et élève un peu les bras vers la tête. A deux heures moins un quart, elle pousse un cri. A deux heures, après l'avoir beaucoup tourmentée, je lui demande où siége son mal, ce qu'elle paraît comprendre, car elle élève ses bras vers la tête. Bientôt après, elle tire la langue d'elle-même et à ma demande; dès-lors, je fais suspendre tout traitement, excepté l'application des réfrigérans sur la tête; on lui donne de l'eau d'orge. A trois heures, elle me reconnaît à la voix. Vers quatre heures, elle commence à délirer, à crier au voleur, etc.;

ses mains épluchent (crocidisme). A cinq heures et demie, après avoir été tourmentée, elle paraît sortir d'un profond sommeil, a l'air hébété, puis sourit, reconnaît tous les assistans, se plaint d'une douleur siégeant là ou furent les sinapismes. Sa vue, dit-elle, est trouble. Les pupilles sont un peu moins dilatées; point de céphalalgie. La voyant hors de tout danger imminent, je la quitte.

A neuf heures du matin, elle me dit qu'on lui a tout rapporté, me remercie les larmes aux yeux, me dit ne plus souffrir de la matrice, ce qui la réjouit fort, et se plaint d'être *toujours assoupie et d'avoir de drôles d'idées.* Ce ne fut que *trente-quatre heures* après l'accident que les pupilles reprirent leur dimension habituelle.

La sensibilité de la malade resta diminuée de beaucoup; car pendant huit jours elle ne ressentit aucune douleur du côté de l'utérus.

Cette femme est morte, le 12 janvier, des suites de son affection de la matrice.

Remède contre la masturbation habituelle.

Monsieur,

En parcourant, il y a quelque temps, votre analyse d'un ouvrage sur les abus vénériens, je me suis rappelé quelques faits très-intéressans de la pratique de M. le docteur Ferroresi, à Naples.

En voyant tout récemment les réflexions que vous avez insérées sur un aliéné adonné à la masturbation, et sur les inconvéniens de la continence forcée produite par l'appareil coercitif dont on avait dû le munir, je me suis décidé à vous communiquer ces faits, dont le succès pourrait conduire à de hautes réflexions, mais qu'en l'état il s'agit d'abord de constater. Or, c'est à vous, monsieur, à appeler sur cet objet l'attention des praticiens.

M. le docteur Ferroresi a guéri une jeune fille qui était en proie à la nymphomanie la plus effrénée, et deux jeunes gens qui se mouraient sous l'habitude la plus incorrigible de la masturbation, *au moyen de simples applications de glace sur le lobe postérieur du cervelet,* ou plutôt *sur la protubérance occipitale.*

Ceci, je le dis bien, sont *des faits* indépendans de tout système, et des faits d'un haut intérêt pratique. Comme il m'a paru que vous n'aviez jamais aucune répugnance à louer la médecine étrangère à la France, et à lui faire des emprunts, j'espère que vous accueillerez cette observation.

Agréez, etc.,

Michel Saint-Martin.

Turin, 9 mars 1835.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

civils et militaires.

AVRIL 1835.

N° 40. — 2 Avril.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Abcès dans la région sous-hyoïdienne ; opération ; par M. Ad. Bérigny, D.-M.

Au n° 25 de la salle des hommes, est couché un malade entré le 21 mars, d'une assez forte constitution, crieur public depuis cinq ans, sujet à de fréquens maux de gorge survenant tout à coup et disparaissant de même. A la suite de ces angines le malade ne pouvait ni avaler, ni tousser, ni même cracher.

Quand il a crié pendant quelques heures, il est presque toujours enroué. Depuis l'âge de vingt ans, il chique beaucoup.

Le 9 mars il a porté un poids très-lourd sur la tête pendant une heure et demie environ ; et dans le trajet de la route il a ressenti un craquement dans la fossette sus-sternale. C'est à cette époque, dit-il, que remonte l'origine de sa maladie.

Il arriva à la Charité le douzième jour depuis l'invasion. La veille de son entrée, il avait eu à la gorge une application de dix sangsues et des pédiluves sinapisés.

Le 21, l'interne de garde lui a pratiqué une saignée; et le 22, à la visite, il présente l'état suivant :

Gonflement puriforme assez compacte, dont la grosse extrémité occupe la région sous-hyoïdienne, et la petite remonte jusqu'à celle qui est au-dessus. Latéralement, il est compris dans la circonscription suivante : de la portion gauche du cartilage thyroïde au muscle sterno-cléido-mastoïdien droit qu'il soulève un peu. La peau n'a pas sensiblement changé de couleur, si ce n'est pourtant qu'à son centre dans une très-petite partie de son étendue, elle est légèrement érysipélateuse, à deux pouces environ au-dessus du sternum. L'intérieur de la bouche examiné n'offre aucune de ses parties à l'état de maladie ; il n'y a rien aux amygdales ni dans la partie supérieure du larynx.

M. Velpeau fait remarquer qu'il n'y a pas dans ce cas lieu de se méprendre sur la nature de cette affection, c'est-à-dire de croire à l'existence d'une distension purement mécanique ou à la présence d'un goître, puisque d'abord il y a douleur et rougeur, et qu'ensuite l'augmentation de volume s'est manifestée subitement. Au toucher, on ne sent pas de fluctuation ; mais ce qui est évident et très-remarquable, selon M. Velpeau, c'est que le doigt y imprime une marque blanche que la réaction sanguine ne tarde pas à effacer, et qui est due à l'état œdémateux des tissus. Ce signe, selon lui, est en général d'une très-grande valeur ; car il a souvent constaté qu'il était le symptôme caractéristique d'un foyer profondément situé. Du reste on ne sent pas de pulsations, et le malade dit qu'il n'a jamais éprouvé d'élancemens, mais un sentiment de fourmillement dans le col.

La langue est peu rouge sur ses bords, le pouls n'est pas sensiblement développé. Il a bon appétit, dit-il, Eau de gomme ; cataplasme ; 2 potages.

Le 23, le malade est plus enroué ; il avale sa tisane très-difficilement ; il tousse un peu et il a des chatouillemens dans la gorge. La tumeur est beaucoup plus sensible au toucher ; il n'a presque pas dormi dans la nuit ; cependant il n'a pas de fièvre. Même médication.

Le 24, exacerbation des symptômes de la veille. La tumeur, qui semble un peu élargie, sans cependant avoir augmenté de volume, est aussi dure qu'à l'entrée du malade, mais très- sensible. La peau est un peu plus rouge sans être amincie.

M. Velpeau se propose d'ouvrir le foyer, qu'il a reconnu au symptôme que nous avons indiqué, le lendemain 25 ; car, dit-il, comme je pense qu'il est situé sous l'aponévrose cervicale, il est à craindre que le pus ne se fasse jour dans la trachée artère, et par conséquent ne suffoque le malade ou qu'il ne fuse dans la poitrine, vu la disposition anatomique de cette région.

Le 25, à la visite, le malade accusant qu'il n'avait pu dormir pendant la nuit, qu'il avait été tourmenté du besoin de boire, et que les liquides se trouvaient arrêtés dans le larynx, parce qu'encore il voulait vainement expectorer des mucosités épaisses, qui sans doute se trouvaient amassées et comprimées mécaniquement par le foyer qui occupait un plus grand espace, la respiration devenant gênée, le pouls étant développé, et

la tumeur ayant acquis un peu plus de volume; en un mot l'existence d'une collection purulente étant devenue manifeste, une incision longue de plus d'un demi-pouce fut faite à quelques lignes en dehors et à droite du cartilage thyroïde, au-dessous de la glande du même nom. Elle fut faite couche par couche avec une minutieuse précaution, puisque M. Velpeau n'ignorait pas qu'il était dans une région très-complexe et très-difficile.

Le résultat de cette incision vint confirmer le diagnostic, puisque la pointe du bistouri étant entrée de quelques lignes, et ayant atteint le foyer après une pression assez forte exercée par l'opérateur, il sortit de l'ouverture une assez grande quantité de pus assez épais pour qu'on reconnût qu'il appartenait à la désorganisation du tissu cellulaire existant entre les feuillets de l'aponévrose cervicale.

Après quelques minutes, c'est-à-dire, la compression mécanique ayant cessé, le malade sentit que l'oppression qu'il accusait avait disparu.

Le lendemain, il était mieux. La rougeur de la peau était moindre, et l'empâtement des tégumens était aussi moins considérable.

Quatre jours après il a demandé sa sortie, et elle ne lui a été accordée que sous la condition expresse qu'il se présenterait de temps en temps à la consultation, car la plaie, quoique fort belle, n'était pas encore fermée, et il restait de l'induration.

Ce cas de chirurgie, entre autres, est un de ceux qui démontrent de quelles difficultés sont hérissées certaines affections pathologiques; car si l'on examine attentivement les phénomènes qui se passent sous les yeux de l'observateur et qu'on pèse leur valeur, on n'arrive que très-imparfaitement à une juste prévision.

Ainsi, qu'on considère les antécédens de cette maladie, c'est-à-dire, comme causes prédisposantes le grand nombre d'angines que le malade a eues; comme causes occasionnelles sa profession de crieur public, l'enrouement fréquent auquel il est si sujet, l'habitude qu'il a de chiquer, voilà plus de causes qu'il n'en faut pour expliquer un abcès symptomatique d'une affection du larynx; et avec d'autant plus de raison que nous n'en retrouvons qu'un seul bien valable qui, comme cause déterminante, puisse faire soupçonner un foyer idiopathique : c'est le craquement qui s'est fait ressentir dans la fossette sus-sternale, craquement que M. Velpeau attribue à une rupture de tissu.

Malheureusement le diagnostic ne vient pas nous éclairer davantage sur la nature de cette maladie; seulement il apprend à l'observateur à reconnaître les symptômes d'un foyer sous-aponévrotique, d'un foyer profondément situé; car dans ce cas, pas de fluctuation manifeste, pas d'élancemens, pas de proéminence de la peau; mais au contraire, élargissement en surface, œdème et empâtement des tégumens, ainsi que l'a signalé le premier David, de Rouen.

Quelle était donc le conduite à tenir dans ce cas; c'est-à-dire quand fallait-il agir? Quel était le moyen thérapeutique à lui opposer, et de quelle manière fallait-il faire l'application de ce moyen? Il fallait agir promptement, car, indépendamment des accidens généraux que ce foyer pouvait causer, il était situé sur une cavité; et, d'après la disposition anatomique de la région antérieure du col, le pus se serait infailliblement fait jour par le larynx, et alors la suffocation était certaine, ainsi que déjà on en a eu un funeste exemple (1). Il fallait agir promptement, car le pus pouvait fuser entre les gaînes et les feuillets tendineux de l'aponévrose cervicale, qui, comme on le sait, se dédouble vers la glande thyroïde, et entre lesquels se trouvait le tissu cellulaire dégénéré, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le moyen à opposer était ou l'instrument tranchant ou le caustique. Ce dernier, l'expérience l'a jugé à sa juste valeur, et on ne l'applique guère que sur des tégumens malades au point de ne plus être rappelés à la vie, c'est-à-dire sur des tissus désorganisés ou décollés; et d'ailleurs, il ne peut mesurer assez exactement la profondeur du foyer; ou bien si on met un peu trop de caustique, on risque de voir se renouveler l'accident qui arriva à J.-L. Petit dans un cas à peu près semblable à celui-ci où le caustique atteignit la trachée-artère. La difformité des cicatrices que laisse encore un pareil moyen devait s'opposer à ce qu'il fût employé. M. Velpeau se servit donc du bistouri, ainsi que nous l'avons exposé, et ce ne fut qu'alors, par la nature du pus, qu'il nous fut possible de préjuger que la lésion était circonscrite dans le tissu cellulaire intera-ponévrotique, puisqu'il n'était pas séreux et ne contenait pas de flocons albumineux, et que la maladie sembla se résoudre promptement.

N° 41. — 4 Avril.

QUARANTAINES.

Nécessité de modifier nos institutions sanitaires; coup-d'œil sur le rapport de M. Ségur-Dupeyron; par M. Boudin, médecin militaire au lazaret de Marseille.

Il est un point de police médicale sur lequel tous les bons esprits, quel que soit d'ailleurs leur drapeau, paraissent aujourd'hui être d'accord; ce point est la nécessité d'une prompte réforme dans notre législation sanitaire, comme dans celle des autres états.

En effet, à l'exception de quelques cerveaux rétrécis ayant la manie de voir un sacrilège dans le moindre doute sur la perfection de cette législation qu'ils ne connaissent même pas; à cette exception près, les hommes éclairés de tous les partis, qu'ils sacrifient à l'opinion de la contagion ou à l'opinion contraire, le négociant comme le médecin reconnaissent unanimement que nos institutions sanitaires renferment de nombreux

(1) Le fils de J.-L. Petit mourut d'un abcès sous-axillaire qui s'était fait jour dans la poitrine.

et crians abus dont il importe de réclamer la suppression, non seulement dans l'intérêt du commerce et de l'état lui-même, mais avant tout dans celui de l'humanité.

Jamais, peut-être, moment ne fut plus opportun que l'époque actuelle pour démontrer au gouvernement la nécessité d'abolir certaines mesures prétendues sanitaires, qui, sans la moindre utilité ni réelle ni apparente pour la santé publique, sont d'un très-grand préjudice pour le commerce et pour le pays en général. En effet, les quarantaines, dont les principaux inconvéniens intéressent en temps ordinaires, presque exclusivement, les commerce d'importation et de passagers en grande partie étrangers ; les quarantaines, dis-je, pèsent aujourd'hui de tout leur poids sur notre commerce d'exportation, et compromettent les intérêts d'une foule de nationaux.

Marseille se voit cerné par d'innombrables cordons sanitaires qui paralysent ses transactions commerciales et exercent sur la population une influence morale extrêmement funeste, en contribuant à substituer une épidémie *réelle*, celle de *la peur*, à une maladie dont le peu d'intensité n'a pu, jusqu'à ce jour, parvenir à augmenter le moins du monde le chiffre ordinaire de la mortalité.

Et comment, devant les faits dont notre ville est témoin depuis dix semaines, s'expliquer l'exorbitance des rigueurs sanitaires déployées de toutes parts contre elle ? Ses provenances, complètement repoussées de certains ports d'Italie, ne sont admises dans d'autres qu'avec des restrictions quarantenaires qui, par leur durée, équivalent à une véritable exclusion.

Pour comble de dérision, les navires venant de Marseille sont assujétis dans un port français, à Toulon, à une quarantaine, tandis que les communications par terre restent libres (absolument comme à l'époque du choléra d'Arles en 1832).

Croirait-on que de pareilles mesures qui dénotent, sinon l'arbitaire le plus révoltant, du moins l'absurdité la plus ridicule, trouvent encore leurs enthousiastes, et qu'il existe des gens assez bornés pour voir dans de tels contre-sens le comble de la sagesse sanitaire?

Admettrait-on par hasard la contagion par mer tout en la niant par terre? ou bien un tel simulacre de quarantaine a-t-il pour but de tromper nos voisins d'Italie ? Mais alors, c'est ravaler nos institutions sanitaires à des mesures de duperie, que chacun exploite à sa convenance ; c'est provoquer les répressailles de l'étranger, qui sera en droit de nous cacher un jour l'existence chez lui d'une maladie d'un caractère contagieux moins contesté.

Et comment ne pas trouver du louche dans ce que l'on est convenu d'appeler des institutions sanitaires, lorsque M. Ségur-Dupeyron (1) (qui certainement n'est pas payé pour les décrier), a déclaré à M. le ministre Duchâtel que *le magistrat de Livourne s'était refusé de lui donner communication du règlement de son lazaret.*

Comment croire à la prétendue efficacité des lazarets dans une foule de circonstances, quand, de l'aveu d'un intendant sanitaire les quarantaines y sont souvent illusoires ? (*Voir* le rapport adressé en 1831, au ministre du commerce, par un intendant sanitaires de Marseille.)

Tout le monde sait que la maladie signalée récemment à Cette ne diffère de celle observée à Marseille que par un peu moins d'intensité ; eh bien ! les navires de Cette sont admis, après une très-courte quarantaine d'observation, là où les provenances de Marseille sont complètement repoussées. — On admet l'existence du choléra à Marseille, et pourtant Marseille impose une quarantaine de dix jours aux provenances d'Oran, où tout le monde sait qu'il n'existe plus.

Avec un peu de logique, sans être médecin ou légiste, que l'on soit contagioniste ou non, l'on conviendra qu'il y a dans une telle conduite contre-sens manifeste, et qu'il y aurait la plus insigne mauvaise foi à donner à de pareils actes le nom de mesures sanitaires. Or, il faut espérer qu'il suffirait à MM. les négocians de signaler à l'autorité l'incohérence de ces mesures pour qu'elles fussent immédiatement supprimées, d'où résulterait déjà un allègement notable du fardeau sanitaire pour le commerce marseillais.

Mais pourquoi notre ville, en cherchant à affranchir son commerce d'exportation d'un tribut si onéreux, mais momentané, n'éleverait-elle pas en même temps la voix contre d'autres mesures abusives, qui, lors même que Marseille aura cessé d'être cernée par des cordons prétendus sanitaires, continueront à grêver ses importations ?

Sans doute, à s'en rapporter à certaines personnes, ou peu initiées dans cette matière, ou intéressées au maintien des abus, les sacrifices résultant des quarantaines se réduiraient à un chiffre très-minime, mais outre que tout sacrifice, quelque minime qu'il soit, est bon à supprimer quand il est abusif, cet optimisme sanitaire est loin d'être partagé par l'opinion générale ; et, sans parler des négocians, qui sont certainement plus compétens pour apprécier l'élévation des dépenses qui résultent de notre régime quarantenaire, sans parler du commerce anglais représenté par M. Bowring, il suffit de mentionner l'opinion de M. le ministre Duchâtel, qui, de son propre mouvement, a déjà effectué d'importantes améliorations; l'avis de l'intendance sanitaire de Marseille, qui a senti combien le vieux règlement de 1730 est peu en rapport avec les besoins actuels ; enfin l'opinion de notre premier corps savant, de l'académie des sciences, qui doit sous peu publier son rapport sur cette importante question, rapport qui influera puissamment, il faut l'espérer, sur toutes les décisions officielles qui seront prises ultérieurement.

Comment M. Ségur-Dupeyron a-t-il pu avancer dans

(1) M. Ségur lui-même trouve ce refus très-suspect, ce qui ne l'empêche pas de dire à la fin de son rapport, qu'après celui de Marseille le lazaret de Livourne lui paraît le plus beau et le plus sûr. — Cela promet beaucoup pour les autres !

son rapport que les frais de quarantaine, porte-faix et bateaux compris, pour 56 balles de laine de Constantinople arrivées à Pomègue le 23 juillet, et ayant fait 57 jours de quarantaine, ne s'étaient pas élevés au-delà de 255 fr. 68 c.!

Si M. le sécrétaire s'était donné la peine de questionner le dernier garde sanitaire, il n'eût certainement pas commis de pareilles erreurs ; il aurait appris que les simples gages de deux porte-faix et d'un seul garde, évalués au *minimum*, sont au moins de 3 fr. par jour pour chacun, soit 9 fr. pour les trois, et que 57 journées de quarantaine à 9 fr. font déjà 513 francs ; et pourtant, cette somme, deux fois plus forte que l'évaluation ci-dessus, ne comprend ni les gages du deuxième garde qui a pu être installé à bord, ni les frais de bateaux, de fumigation, ni la dépense de l'équipage, etc. !!! Et voilà pourtant comment on en impose au bon public avec des chiffres que l'on dit officiels !

M. Ségur n'est pas plus heureux lorsque, voulant apprécier le surcroît de dépense imposé à l'état par le séjour des militaires au lazaret ; il évalue la différence du pied de guerre au pied de paix, à une somme moyenne de 6 à 8 centimes par jour et par homme. Sans doute il ignore que les militaires sur le pied de guerre reçoivent des allocations extraordinaires en vivres, et que, pour bon nombre d'entre eux, la solde de guerre est presque double de celle du pied de paix. Il faut bien qu'il en soit ainsi pour que les quarantaines de Toulon et de Marseille aient coûté plusieurs millions au budget de la guerre depuis 1829.

Certes de pareilles erreurs sont à peine concevables ; mais outre la manie de traiter une question administrative qui lui est peu familière, M. le secrétaire a aussi la prétention de régenter la partie médicale de la question sanitaire.

« Jenner, nous dit-il ne parla pas de la contagion de la *variole ;* il découvrit la vaccine! »

Voilà, certes, de grands mots ! Mais M. Ségur ignore-t-il donc que la contagion de la variole ne fut jamais contestée, bien que cette maladie ne soit pas soumise aux dispositions quarantenaires du règlement ?

Après avoir tranché à la façon d'Alexandre, plusieurs questions médicales très-délicates, telles que la contagion, la force rayonnante, etc., M. Dupeyron établit sans trop nous prouver pourquoi, que la peste est originaire d'Égypte, et que partout les provenances de ce pays devraient être traitées plus rigoureusement que celles de Constantinople. Cependant tout le monde sait que cette maladie, qui ne règne en Égypte qu'à d'assez grands intervalles, sévit d'une manière presque continue, et avec beaucoup plus d'intensité, dans la capitale de la Turquie. Que doit-on en conclure, sinon que les mesures précautionnelles contre la peste doivent être employées avec plus de rigueur contre les pays où la maladie règne actuellement, et qu'en thèse générale, la patente brute, son utilité une fois reconnue, devra être de préférence appliquée aux provenances de Constantinople.

M. Dupeyron ne parle, au reste, ni des améliorations sanitaires à opérer dans l'intérêt de notre colonie d'Afrique, ni des vieilleries du règlement du lazaret de Marseille, ni de la fumigation asphyxiante avec l'acide hydrochlorique employée dans cet établissement, la veille de la sortie des passagers. Enfin M. Ségur félicite l'administration de n'avoir pas confié son importante mission à des médecins qui, partant souvent avec des idées préconçues, ne reviennent munis que de faits favorables à leur cause. Reste à savoir si l'agent de l'administration se trouve dans une position parfaitement indépendante pour traiter la question sanitaire, qui d'ailleurs touche par tant de points à une science qui lui est étrangère.

La médiation de M. le secrétaire près du magistrat de santé de Naples, ne paraît pas avoir eu beaucoup de succès, puisque nos relations sanitaires avec ce pays sont restées au *statu quo ante bellum.* Félicitons néanmoins M. Ségur d'avoir remarqué que les prétendues mesures de précaution manquent souvent de fondement, et de l'avoir écrit.

HOPITAL DE L'ECOLE.

Clinique médicale de M. Rostan.

Leçons sur les maladies des centres nerveux.

(Premier article.)

Les élèves étaient avertis depuis quelques jours que M. Rostan traiterait dans une série de leçons des maladies des centres nerveux.

Ils se trouvaient réunis en grand nombre dans l'amphithéâtre destiné à la clinique médicale de la faculté, désireux d'acquérir ces connaissances précises que l'ancien médecin de la Salpêtrière sait si bien transmettre à ses auditeurs.

Nous avons cru qu'il ne serait point inutile d'initier nos abonnés à ces études progressives, et nous nous engageons à publier dans notre journal un extrait plus ou moins circonstancié des leçons de M. Rostan.

Après avoir rappelé en quelques mots les bases principales de la médecine organique, savoir : qu'il n'y a dans l'homme vivant que des organes en exercice ; que lorsque ces organes sont sains, les fonctions (c'est-à-dire les mouvemens de ces organes) sont saines dans leur état normal physiologique ; que si les organes sont altérés, leurs mouvemens sont irréguliers ; les fonctions sont dans un état pathologique, et réciproquement....

... M. Rostan fait l'application de ces axiômes aux maladies des centres nerveux, se proposant d'élucider chacune des perturbations pathologiques dont cet organe est susceptible.

Mais avant d'entrer en matière, il importait de discuter une opinion encore en litige ; il fallait démontrer

que le cerveau est un organe multiple, destiné à présider à des actes différens.

Pour M. Rostan, il est incontestable que chacune des fonctions de l'axe encéphalo-rachidien est produite par un organe particulier, fonctionnant en quelque sorte isolément. Aussi voit-on les aliénés jouir de leurs mouvemens quoique leur intelligence soit troublée. A ce sujet M. Rostan cite les travaux de MM. Foville, Delaye, Pinel Grandchamp, qui ont prétendu isoler ainsi les différentes parties de l'encéphale.

Ces travaux, basés sur un point de départ évident, ne sont point aussi satisfaisans dans chacun des faits particuliers qu'ils ont mis en évidence. Mais on ne peut nier leur importance et leur fondement dans tout ce qui a trait aux fonctions de l'intelligence.

Altérations du mouvement.

Les altérations du mouvement peuvent être générales ou partielles, persistantes ou momentanées. Elles peuvent varier de mille sortes, ce qui a fourni aux séméiologistes l'occasion d'établir de nombreuses divisions.

On doit toujours faire précéder l'étude des altérations de la motilité des considérations suivantes, qui sont du plus haut intérêt. Le mouvement peut-être aussi bien altéré par une lésion de l'organe qui l'exécute que par une lésion de l'organe qui le commande ou de celui qui transmet ce commandement.

A cet égard M. Rostan rapporte quelques observations qu'il nous semble inutile de relater ici, car elles trouvent beaucoup d'analogues dans les fastes de la science.

Si l'action des muscles est fréquemment augmentée dans les maladies des centres nerveux, il n'en est pas de même dans la plupart des affections qui sévissent sur l'homme. Il suffit de rappeler, pour prouver cette proposition, les accidens qui caractérisent les prodrômes de la plupart des affections aiguës, de la variole, de la fièvre typhoïde surtout.

Le tremblement des membres peut être produit par des influences fort diverses. On le voit survenir par suite d'abus dans l'usage des préparations alcooliques, mercurielles, etc.; par suite de l'action du froid, comme caractère d'un âge avancé.

Faut-il croire qu'en ces diverses circonstances il soit indépendant de toute lésion organique? Bichat et son école ne voient dans ce phénomène qu'une perversion de la contractilité. M. Rostan y reconnaît l'effet d'une modification organique plus ou moins appréciable des centres nerveux.

Prenant le tremblement sénile pour exemple, il se demande si les modifications que la substance encéphalique subit par les progrès de l'âge ne doivent point réagir sur les actes de motilité.

Il signale la densité du cerveau des vieillards, sa tendance à passer à une coloration brunâtre, le retrait qu'elle semble subir, la sorte de refoulement qu'elle éprouve par suite de l'épaississement du diploé et de la saillie constituée par la table interne des os du crâne à la face interne de cette cavité.

Il rappelle d'autres changemens organiques qu'il est facile d'observer dans les principaux cordons nerveux. Alors il prononce, sans crainte de démenti, que les désordres fonctionnels signalés trouvent leur point de départ dans une modification organique appréciable.

La raideur, la contracture des membres, qui a été donnée par quelques auteurs comme un signe propre au ramollissement des centres nerveux, accompagne encore l'hémorrhagie cérébrale, ce que M. Rostan a constaté bien souvent.

Les convulsions ont été distinguées en toniques et en cloniques. Dans les premières la contraction des muscles est permanente, continue, et détermine une immobilité complète; dans les secondes, la contraction alterne avec le relâchement, et les parties convulsées sont agitées de secousses continuelles.

Aux convulsions toniques appartiennent le tétanos et ses variétés. Dans cette maladie il faut qu'il y ait altération organique, puisque les troubles fonctionnels sont permanens. Pendant long-temps on a nié cette proposition. Il est des observateurs pour qui toute autopsie cadavérique est un résultat négatif. Ils ne savent point ou ne veulent point constater l'existence de lésions nombreuses, qui saisissent au premier abord l'attention de l'observateur le plus vulgaire. M. Rostan, qui est bien éloigné d'appartenir à une semblable catégorie, pense que l'altération organique qui préside aux phénomènes tétaniques, a son siége dans les enveloppes de la moelle épinière. Ces altérations semblent être le résultat d'un travail phlegmasique, de telle sorte qu'entre le tétanos et la myélite, il n'existe sans doute point de différence bien tranchée.

Dans la catalepsie, dans la chorée, les altérations que subissent les centres nerveux, pour être fugaces difficiles à saisir, n'en sont cependant pas moins réelles.

C'est principalement dans la méningite, la méningo-encéphalite, la fièvre typhoïde, que la carphologie se manifeste. Alors, même dans l'affection typhoïde, il y a altération de la substance nerveuse, et si, en toutes circonstances, elle n'est point facilement appréciable, il faut plutôt en accuser l'imperfection de nos moyens d'exploration anatomique que le principe d'organisme que quelques faits particuliers ne sauraient renverser.

On a dit, on répète tous les jours, que chez les sujets qui succombent à l'épilepsie, les altérations organiques ne sont point en rapport avec les désordres symptômatiques. On a cru renverser par-là les opinions émises par M. Rostan. Il soutient que les convulsions ne peuvent point survenir sans une modification de la substance nerveuse. Mais, par cela même que ces convulsions se montrent à des intervalles plus ou moins éloignés, il faut reconnaître que la modification organique qui les détermine ne peut être persistante. Ainsi donc, bien loin de renverser les bases de la médecine organique, on les fortifie.

Il est impossible de constater la nature des altérations

organiques qui président aux convulsions épileptiques. MM. Bouchet et Cazauvielh, dans le travail qu'ils ont publié sur ce sujet, ont pris un des effets de la maladie pour sa cause ; ils n'ont point réfléchi que la congestion qui s'opère vers les meninges et vers le cerveau, pendant l'accès, survient par la même cause que celle qui rougit la face, les membres, etc. L'état cartilagineux des enveloppes de la moelle ne peut encore rendre compte des accidens épileptiques ; car, encore une fois l'altération organique qni détermine l'épilepsie doit être fugace comme les symptômes de cette maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

N° 42. — 7 Avril.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Leçon sur les inflammations du sein.

A l'occasion de plusieurs femmes affectées de maladies du sein qui se trouvent dans ses salles, M. Velpeau vient de faire une leçon intéressante sur les abcès des mamelles.

Selon le professeur, les inflammations du sein ont été jusqu'ici étudiées d'une manière trop générale et trop vague, parce qu'on n'a pas tenu un compte assez exact de l'anatomie de cette région ; aussi, dit-il, elle est une de celles composant le corps humain, qui fait le plus sentir la nécessité de l'anatomie chirurgicale.

Il reconnaît donc autant d'inflammations différentes et d'abcès divers qu'il y a de tissus examinés dans différens endroits des mamelles ; puis, avant de passer à la pathologie de cette partie de la femme, qui, existant à peine chez l'homme, n'offre aucune considération spéciale, il commence par indiquer la structure des tissus dont elle est formée.

La glande mammaire est recouverte d'une couche membraneuse qui varie de texture, d'épaisseur et de sensibilité selon l'endroit où on l'examine. Près du mamelon cette couche adhère intimement à la peau ; elle est cellulaire, et s'apaissit d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du mamelon. La face profonde de la glande est comme tapissée de la même couche, qui est fibreuse et très-distincte.

Cette glande est formée de vaisseaux excréteurs et de lobules séparées par des cloisons de tissu fibro celluleux.

Deux sortes de causes peuvent l'enflammer : ainsi les causes externes ou violences extérieures, et les causes internes ou l'altération des liquides qui siégent dans les conduits lactés ou vaisseaux galactophores.

La première cause est celle qui produit les maladies du sein sur les femmes non accouchées ; la seconde la produit chez les femmes en gestation ou accouchées.

Le poids du sein, quand il est volumineux et flasque, peut déterminer aussi une inflammation en tirant sur sa racine ; le côté externe y est plus exposé, parce que cette partie, dont la peau est extrêmement fine, reçoit des nerfs et des vaisseaux axillaires.

Cela posé, M. Velpeau examine d'une manière plus générale les maladies propres à chaque tissu.

Ainsi, 1° le tissu cellulaire superficiel, enflammé près du mamelon par suite de violence extérieure, est rarement dangereusement affecté, parce qu'il est lâche, lamelleux et filamenteux. Ces abcès sont furonculaires et tuberculaires, ils sont petits et s'ouvrent le plus souvent à l'extérieur ; en un mot, ils ont les caractères des abcès sous-cutanés.

2° Quand au contraire l'inflammation a son siége dans le tissu cellulaire profond, c'est-à-dire dans celui qui sépare la glande de la poitrine, la douleur et le gonflement sont énormes ; il n'y a pas de fluctuation apparente, et il n'est possible de la reconnaître qu'en embrassant mollement le globe du sein dans la paume de la main et en le refoulant doucement sur lui-même, parce qu'alors si elle existe, le sein semble reposer comme sur un corps fongueux, ou, qui mieux est, le phénomène qui se manifeste ressemble parfaitement à celui qu'on éprouve en appuyant sur une rotule soulevée par un liquide qui distend l'articulation du genou : ce genre d'abcès tend aussi à se porter en dehors.

3° L'inflammation occupe-t-elle les brides cellulo-fibreuses, les lamelles inter-cellulaires qui réunissent les granulations de la glande ? Elle se manifeste d'une manière lente et incomplète sur plusieurs points ; on observe des bosselures inégales. Dans ce cas, au contraire, le foyer tend à se porter ou vers la peau ou vers la poitrine, selon la profondeur à laquelle il est situé. Voilà donc différens symptômes bien tranchés de trois tissus divers affectés par suites de causes extérieures.

Il s'agit maintenant d'examiner quelles sont les causes intérieures qui peuvent produire les inflammations du sein. Elles ne peuvent se manifester que chez la femme qui est accouchée ; si elle nourrit, l'inflammation peut avoir lieu, mais moins fréquemment que si elle ne nourrit pas, et, dans les deux cas, elle commence par les vaisseaux lactifères.

Cette maladie est connue sous le nom de *poil* ou d'engorgement chez les femmes en couche ; il semble réellement dans ce cas que le lait soit coagulé dans l'intérieur, et que, devenu corps étranger, il irrite par sa présence, et produise l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

L'altération du lait peut être aussi une cause d'irritation. Si cette cause persiste, elle tend à se porter de dedans en dehors.

M. Velpeau fait remarquer qu'il fait abstraction des causes ; quant au pronostic, dans les inflammations du tissu cellulaire superficiel par suite de causes extérieures, il n'est pas grave ; dans le tissu cellulaire profond il l'est un peu plus ; et enfin l'engorgement et la dégénérescence du tissu sont à redouter dans l'inflammation de la glande mammaire.

Le traitement varie selon la cause et suivant le tissu affecté. Ainsi, l'inflammation est-elle la suite d'une cause extérieure :

1° Dans le tissu sous-cutané il faut avoir recours aux antiphlogistiques énergiques; par exemple : on débutera par une large saignée le premier jour ; le lendemain on appliquera des sangsues et ensuite des cataplasmes. Aussitôt qu'il y a apparence de suppuration, il faut ouvrir le foyer de suite, sinon la stagnation du pus se propage avec facilité dans le tissu cellulaire environnant par la continuité des cellules.

2° La collection purulente est-elle située contre la glande et la poitrine, c'est-à-dire profondément, il survient bien vite des accidens généraux, tels que le frisson, la fièvre, la chaleur à la peau, de la rougeur au bord de la langue, etc., etc.

La douleur et le gonflement s'emparent-elles aussi du sein ; on débute par une saignée, mais on attend que la fièvre soit abattue pour appliquer un grand nombre de sangsues.

S'il se manifeste la moindre fluctuation, il faut plonger le bistouri à la circonférence du sein (1), dans sa partie la plus déclive, et aussitôt que la pointe de l'instrument sera parvenue au foyer, il en sortira une grande quantité de liquide. M. Velpeau en a retiré jusqu'à deux litres dans des abcès de ce genre.

Néglige-t-on au contraire ce précepte, de donner issue promptement au liquide que contient un tel foyer, il survient très souvent des accidens graves. Ainsi, par exemple, des fusées, soit dans le ventre, soit dans la poitrine ; ou bien encore s'ils percent d'eux-mêmes, ils peuvent s'ouvrir dans une partie du sein peu favorable ; tels sont ceux, par exemple, qui se font jour auprès du mamelon, et qui toujours se convertissent en ulcères fistuleux.

3° Dans l'inflammation du tissu glandulaire, qui se manifeste surtout par des bosselures, ainsi que nous l'avons déjà dit, la suppuration s'établissant lentement, il faut avoir recours à un traitement anti-phlogistique approprié, et de préférence aux sangsues ; si elles arrivent à ne plus agir, il faut encore employer l'instrument tranchant le plutôt qu'on pourra. M. Velpeau fait remarquer ici que c'est particulièrement de ce cas qu'est né le précepte d'ouvrir les abcès du sein le plus tard possible, précepte qui est aussi applicable aux cas dont il a été question dans cette leçon, et contre lequel il faut agir très-souvent, selon M. Velpeau, quand, par cause interne, l'inflammation survient, c'est-à-dire lorsque ce sont le lait ou les vaisseaux galactophores qui sont malades, il faut d'abord essayer de rétablir l'allaitement. Si ce moyen est impossible, on doit employer la révulsion sur un endroit quelconque de l'économie, mais de préférence sur le tube digestif, au moyen des purgatifs et des laxatifs ; car les fluides qui alors se portent en abondance vers la mamelle, sont détournés, et l'engorgement lacté est tari par ce dernier mode de traitement. On commencera donc par une ou plusieurs saignées générales et un ou deux purgatifs ou laxatifs, selon l'intensité de l'inflammation. Si celle-ci résiste malgré ces moyens, on emploiera les sangsues qu'on appliquera à la partie externe et supérieure du sein. M. Velpeau fait observer qu'il vaut mieux, dans ce cas, se servir d'un petit nombre de sangsues, et y revenir plus souvent, tous les quatre ou cinq jours, par exemple. Mais ce traitement n'est convenable que quand l'affection est aiguë. Si au contraire, elle n'est qu'à l'état demi-aigu, on peut tenter la compression, qu'on obtient d'une manière aussi parfaite et aussi inoffensive que possible, surtout quand le sein est volumineux, en ayant soin de garnir de plaques d'agaric la mamelle, principalement à sa base et à son côté externe.

Ad. Bérigny, D.-M.

(1) Précepte recommandé par Hey, chirurgien anglais (Observations de chirurgie.)

N° 43. — 9 Avril.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. Blandin.

Diagnostic des maladies du coude, qui peuvent naître sous l'influence d'une violence extérieure.

Depuis quelques jours, dans le service de M. Blandin, sont un certain nombre de cas fort intéressans, parmi lesquels il en est plusieurs qui ont trait à des affections de l'articulation du coude. M. Blandin a choisi ce sujet pour texte de sa dernière leçon ; et comme il a mis de la clarté et de la précision dans cette intéressante question, je crois utile de retracer en peu de mots les préceptes qu'il a donnés sous ce rapport.

Un homme dans la force de l'âge (trente-quatre ans), récemment entré dans l'hôpital, et victime d'une erreur de diagnostic relative à une affection du coude, a été plus spécialement l'occasion de la leçon que je veux analyser.

Coiffeur dans une ville de province, ce malade fit, il y a deux mois, une chute sur le talus d'un fossé ; le côté gauche de son corps porta sur le sol avec violence ; mais il ne peut pas se rappeler positivement si le poignet ou le coude lui ont été opposés les premiers.

Quoi qu'il en soit, il éprouva une vive douleur ; son avant bras demeura étendu sur le bras ; et ce fut à grande peine qu'il regagna sa demeure.

Le médecin, qui fut appelé immédiatement, au dire du malade, déclara que celui-ci était affecté d'une simple contusion, sans fracture ou luxation du coude gauche. Les résolutifs, le repos, furent prescrits et continués pendant six semaines environ.

A cette époque, fatigué de n'éprouver aucune amélioration dans son état, il se décida à se rendre à Paris. Voici l'état dans lequel il se présenta à notre observation.

Le coude gauche est plus volumineux que le droit ; l'avant-bras est étendu fortement sur le bras, et ne peut être ramené dans la flexion ; le diamètre antéro-postérieur de la région du coude est augmenté ; le dia-

mètre transverse conserve son étendue ordinaire; le coude est effacé; une tumeur alongée en travers, lisse et convexe de haut en bas, peut être facilement sentie dans ce point. Sur cette tumeur les pulsations de l'artère brachiale sont plus apparentes qu'à l'état normal; l'olécrâne est plus saillante et plus élevée que de coutume; elle dépasse beaucoup plus que du côté opposé le niveau des tubérosités humérales. Le membre correspondant est raccourci; il y a un pouce environ de différence entre le côté sain et le côté malade: sous le rapport de la distance qui sépare le bord antérieur de la clavicule de l'apophyse styloïde du cubitus, la distance est égale des deux côtés, entre la clavicule et la tubérosité interne de l'humérus; l'avant-bras jouit d'une mobilité latérale très-marquée dans son union avec le bras.

Après avoir analysé les circonstances de cette observation, et nous en avoir fait remarquer les points les plus saillans; après surtout avoir établi en principe, que le diagnostic des maladies du coude est un des points le plus difficile et le plus important de la chirurgie, celui peut-être qui a été l'occasion du plus grand nombre de méprises, M. Blandin a discuté la valeur de chacun des symptômes que nous avions observés: et nous guidant en quelque sorte par la main, il nous a conduit par voie d'exclusion à la détermination de la maladie dans ce cas particulier.

Ce malade, nous a-t-il dit, n'a pas éprouvé une simple contusion de l'articulation du coude; car la contusion de cette articulation ne saurait jamais produire un raccourcissement du membre semblable à celui qu'il présente. La contraction des muscles de la hanche, à la suite de contusions de l'articulation coxo-fémorale, a bien quelquefois amené une diminution dans le membre pelvien correspondant; la contraction des muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras, peut bien serrer les os de l'avant-bras contre l'humérus, mais jamais il ne saurait raccourcir le membre supérieur d'un pouce.

Il n'y a pas chez ce malade de fracture de l'olécrâne. Dans cette fracture, l'olécrâne peut bien en effet être élevée comme chez notre malade, mais on sent toujours entre le fragment détaché et le reste du cubitus, un espace qui n'existe pas dans le cas qui nous occupe.

Il n'y a pas davantage fracture des tubérosités de l'humérus; car le diamètre transversal du coude n'a subi aucune modification, et cette fracture d'ailleurs ne saurait expliquer le raccourcissement du membre, l'extension de l'avant-bras, la saillie de l'olécrâne, etc.

Personne ne soupçonnera non plus que ce malade puisse être affecté de fracture du col du radius; car, dans cette fracture, les mouvemens de l'articulation du coude sont conservés, et les autres symptômes relatés précédemment seraient inexplicables dans cette hypothèse.

La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus pourrait bien plus facilement, dit le professeur, être accusée de donner naissance aux symptômes observés. Dans cette fracture, en effet, il existe, comme ici, saillie de l'olécrâne en arrière, et raccourcissement du membre. Comme ici on trouve le pli du coude effacé par une tumeur sur laquelle on sent facilement les battemens de l'artère humérale. Mais dans la fracture, l'olécrâne conserve son rapport ordinaire avec les tubérosités humérales, ce que l'on n'observe pas sur notre malade; dans cette fracture la tumeur du pli du coude est irrégulière, tandis qu'elle est lisse dans le cas qui nous occupe. Quand la fracture a été méconnue, il peut bien rester de la raideur dans l'articulation; mais cette partie ne demeure pas fixée dans l'extension, surtout elle n'offre pas la mobilité latérale que nous avons remarquée.

Du reste, M. Blandin nous a donné un moyen dont les auteurs ne font pas mention, à l'aide duquel le diagnostic différentiel de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, me paraît assez facile.

Dans la fracture, a-t-il dit, les tubérosités humérales sont plus rapprochées de la clavicule que dans l'état normal, en raison de la flexion des deux fragmens l'un sur l'autre. Or, notre malade ne peut avoir cette fracture, car il ne présente rien de semblable.

Il était impossible de s'arrêter ici, comme on le voit, à une autre idée qu'à celle d'une luxation de l'avant-bras sur le bras. Le raccourcissement considérable que le membre a subi, surtout la mobilité latérale de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, mobilité tout-à-fait étrangère à l'état sain, établissaient ce fait d'une manière suffisante. Du reste, il était trop évident que la luxation n'avait lieu ni en avant, ni sur les côtés, pour qu'il fut nécessaire de discuter les signes propres à faire exclure ces espèces de déplacement. Le malade, par conséquent, est affecté d'une luxation en arrière de l'avant-bras sur le bras. La tumeur qui fait saillie au pli du coude, est formée par l'extrémité inférieure de l'humérus.

Mais, ajoute M. Blandin, dans la luxation en arrière de l'avant-bras, cette partie est ordinairement fixée dans la demi-flexion; comment se fait-il donc qu'ici l'extension soit-complète? comment chez ce malade l'avant-bras n'est-il pas disposé comme celui d'une femme couchée au n° 4, qui porte comme lui une luxation en arrière de cette partie? Cette différence dépend de l'état dans lequel se trouvent les parties qui entourent l'articulation.

En effet chez la femme du n° 4, le ligament antérieur n'a pas été rompu; le muscle brachial antérieur est peu tiraillé, et la trochlée de l'humérus est retenue sur le bord et sur la partie antérieure de l'apophyse coronoïde; tandis que chez l'autre malade, le ligament antérieur rompu, le muscle brachial antérieur déchiré également ou fortement distendu, ont permis à l'avant-bras de chevaucher beaucoup plus sur l'humérus, et surtout à l'apophyse coronoïde, d'aller se loger dans la cavité olécrânienne.

Ainsi s'expliquent chez ce malade:

1° Le raccourcissement considérable du membre;

2° Son extension forcée.

3° L'insuccès éprouvé dans les tentatives de réduc-

tion qui ont été faites par un chirurgien lors de l'arrivée du malade à Paris.

En effet, pour replacer les parties dans leur position normale, il faut déloger l'apophyse coronoïde de la cavité olécrânienne, et la faire glisser ensuite sous la trochlée de l'humérus, ce qui est fort difficile.

Toutefois, M. Blandin a annoncé qu'il se proposait de chercher à réduire cette luxation malgré son ancienneté et les difficultés particulières qui paraissent se présenter. Il se propose d'employer pour cela un procédé que je ferai connaître prochainement. Du reste, Desault a réussi à réduire une luxation du coude aussi ancienne que celle-ci.

Après cette leçon instructive, M. Blandin a pratiqué l'ablation d'une exostose volumineuse développée sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, dans le sillon qui sépare le nez de la joue. Il a employé pour cette opération une scie à molette concave, dont l'idée appartient à M. le docteur Martin. Du reste, cette opération, qui a eu un succès complet, et la scie avec laquelle elle a été opérée, méritent une description beaucoup plus étendue : je reviendrai sur ce sujet.

THÉRY.

Nouvelle méthode de guérir radicalement les hernies du ventre; par M. GERDY.

(Séance de l'Académie de médecine, 7 avril.)

Cette opération consiste :

1° A pousser avec l'extrémité du doigt la peau, que l'on renverse et que l'on retourne comme un doigt de gant, en l'enfonçant dans l'ouverture et le canal herniaire.

2° A fixer à la paroi antérieure du canal herniaire, par trois, quatre ou cinq points de suture, le fond du prolongement sacciforme de la peau rentrée.

3° A enflammer la cavité de ce sac imaginé au moyen d'ammoniaque, pour établir une adhérence entre ses parois et effacer la cavité.

4° Enfin, pour mieux assurer le succès de l'opération, à fermer encore, si l'on veut le faire, l'ouverture extérieure du prolongement uniforme par quelques points de suture.

Cette opération, peu douloureuse, très-innocente, et que l'on peut faire sans pratiquer aucune incision, ferme par un bouchon solide et adhérent l'orifice et le canal herniaires. Les adhérences ont été complètes dès le septième ou le huitième jour, sur un premier malade que j'ai opéré le 12 mars, et qui est actuellement guéri de sa hernie.

Un second malade a été opéré vendredi, 27 mars. J'en rendrai prochainement compte à l'académie, dit M. Gerdy.

Si l'opération que j'annonce, poursuit l'auteur, réalise toutes les espérances que je me plais à concevoir, non-seulement elle rendra d'immenses services à l'humanité, en la débarrassant et la guérissant d'une maladie très-commune, très-incommode et dangereuse; mais elle en rendra d'immenses en économisant les dépenses publiques que l'administration des hôpitaux, les bureaux de bienfaisance et le gouvernement sont obligés de faire pour les bandages herniaires nécessaires aux pauvres et aux armées de terre et de mer.

N° 44. — 11 AVRIL.

HOPITAL DE L'ÉCOLE.

Clinique médicale de M. ROSTAN.

Leçons sur les maladies des centres nerveux.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Passant à l'étude de la paralysie, M. Rostan y voit un des plus intéressans phénomènes que nous puissions observer. C'est par sa juste appréciation que, dans un grand nombre de circonstances, le diagnostic des affections cérébrales peut être si heureusement établi. Et cependant des pathologistes modernes, dont quelques-uns nous sont encore contemporains, n'ont point su tirer de cette perversion fonctionnelle les conséquences qu'elle entraîne si rigoureusement.

Pendant long-temps la paralysie a été considérée comme une maladie particulière, indépendante en quelque sorte de toute lésion organique des centres nerveux. Pinel, M. Landré-Beauvais, et d'autres, sont tombés dans cette funeste erreur; funeste erreur! car elle entraînait les fautes thérapeutiques les plus grossières. M. Rostan mentionne à cet égard les recherches de Marduyt et de Hallé, qui, en 1785, furent chargés par l'académie des sciences d'expérimenter sur l'action de l'électricité contre la paralysie.

On le voit, l'académie des sciences regardait alors la paralysie comme une maladie particulière. Aussi, dans le travail que nous venons de citer, on ne fit aucune mention de la cause organique qui présidait au développement de la paralysie. Il serait inutile de chercher à prouver, dans l'état actuel de la science, que, dans quelques cas, l'agent thérapeutique a dû aggraver sensiblement l'état du malade.

La paralysie, suivant M. Rostan, peut guider aussi sûrement le médecin dans le diagnostic des affections des centres nerveux, que les différens râles et les signes fournis par l'auscultation de la poitrine dans les maladies thoraciques.

Ce n'est guère que depuis 1815 qu'on en a convenablement apprécié la valeur; ce n'est que depuis cette époque que l'on s'est généralement accordé à ne point considérer la paralysie comme une maladie essentielle. Nous devons le dire, les recherches de M. Rostan ont puissamment contribué à cet heureux résultat scientifique.

Quand la paralysie est générale, quand elle affecte

indistinctement tous les agens de la motilité, elle ne constitue point un signe aussi positif que lorsqu'elle est partielle. Tout l'encéphale est alors compromis, à moins que la lésion ne siége dans un organe central, le mésocéphale, par exemple.

La paralysie est générale dans les congestions, dans la méningite qui se termine par une suffusion séreuse abondante, dans la syncope, l'asphyxie, le narcotisme, l'ivresse, l'hystérie, l'épilepsie.

M. Rostan revient aux lésions du mésocéphale; il se sert de données anatomiques et physiologiques pour déterminer l'influence de cet organe sur une paralysie générale. Il appuie ces faits d'observations recueillies au lit du malade.

La paralysie générale peut dépendre de la congestion du cerveau, d'un épanchement hémorrhagique abondant, deux circonstances capables de déterminer la compression de l'organe mou, pulpeux, renfermé dans la cavité crânienne.

Dans la congestion cérébrale, la paralysie survient tout-à-coup, mais en quelques heures, au plus en quelques jours, le malade jouit de nouveau de ses facultés motrices. Il n'en est point de même dans la paralysie qui dépend d'un épanchement sanguin considérable.

La connaissance des accidens qui ont précédé la paralysie générale suffit pour faire diagnostiquer la méningite.

Dans la syncope, la pâleur tégumentaire, l'absence du pouls, la lenteur de la respiration, suffisent au diagnostic.

Dans l'asphyxie comme dans le narcotisme, la connaissance de l'influence déterminante, plus quelques signes spéciaux qui trouveront leur place ailleurs, aident le médecin dans l'appréciation des modifications organiques qui déterminent la paralysie.

L'odeur alcoolique qu'exhale la bouche du malade, des vomissemens des matières caractéristiques, font parfaitement reconnaître la paralysie due à l'ivresse.

L'hystérie et l'épilepsie présentent toujours un ensemble d'accidens convulsifs qui précède la résolution des forces, la paralysie générale.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, il n'y a point de phénomènes précurseurs; la paralysie est persistante. Si l'on veut diagnostiquer le siége de l'épanchement sanguin, on doit s'enquérir du fait suivant : la paralysie a-t-elle été locale ou générale au début? Dans le premier cas, les probabilités vous portent à penser qu'il y a eu hémorrhagie forte, ayant fait irruption dans les cavités ventriculaires, et comprimant la masse encéphalique. Dans le second cas, on doit soupçonner une hémorrhagie des portions centrales du cerveau.

On compte peu d'exemples de ramollissement général des centres nerveux; mais dans tous les cas jusqu'à ce jour recueillis, la paralysie a été précédée de signes précurseurs annonçant un travail morbide évident.

M. Rostan passe alors à l'étude de la paralysie locale. Elle occupe le côté opposé à l'altération encéphalique. Ce fait, dont quelques esprits à tendance rétrograde voudraient contester l'évidence, a été connu de toute antiquité; on en fait remonter l'explication à Hérophyle.

On a prétendu que quand une hémorrhagie s'effectue dans les lobules postérieurs du cerveau elle détermine la paralysie du côté correspondant au lobule affecté. Mais M. Rostan fait remarquer avec raison que, même pour l'observateur le plus sincère, rien n'est facile comme l'erreur à ce sujet. Il a vu, nombre de fois, des médecins instruits, formés depuis long-temps aux études cliniques, commettre des fautes sous ce rapport. Aussi attache-t-il peu de valeur aux faits que l'on oppose à la loi depuis si long-temps posée, que la lésion d'un hémisphère cérébral entraîne des perversions fonctionnelles dans le côté opposé à l'hémisphère malade.

Il n'est pas rare de voir une paralysie être bornée à un bras, à une jambe, etc. MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont prétendu expliquer ce phénomène en avançant que le corps strié préside aux mouvemens du membre pelvien, et la couche optique aux mouvemens du membre thoracique.

M. Rostan regarde comme un fait avéré que dans le cerveau il existe des organes distincts appelés à commander les mouvemens de chaque membre, de chaque partie isolément; mais il pense que les recherches précitées ne sont point entièrement satisfaisantes à cet égard.

La paraplégie mérite encore de fixer l'attention du médecin; elle peut être complète ou incomplète, affecter l'une après l'autre les extrémités inférieures ou les frapper simultanément. Elle dépend le plus souvent d'une altération de la moelle épinière; malgré qu'alors elle puisse être primitivement partielle, elle ne tarde point à devenir générale, ce qui tient au peu d'isolément des faisceaux nerveux de la moelle.

La paralysie croisée dépend d'altérations en divers points des hémisphères cérébraux.

Il est assez difficile de rattacher à une lésion organique, toujours identique quant au siége, la paralysie qui sévit sur les organes des sens.

Pour la paralysie de la langue, il est nécessaire d'établir une distinction qui peut concilier les faits en apparence contradictoires, qui ont été émis par des observateurs dignes de foi. Souvent on soupçonne qu'il y a paralysie de la langue, alors que seulement il y a abolition de la mémoire des mots, l'inverse peut également avoir lieu, les mouvemens de la langue peuvent être pervertis sans que la mémoire ait subi aucune modification. Nous l'avons dit, cette distinction semble capable de concilier l'opinion de M. Bouillaud, qui a placé la mémoire des mots dans les lobules antérieurs du cerveau et les faits avancés par M. Foville, qui, chez des sujets bègues, a constaté une altération manifeste dans la corne d'Ammon.

La paralysie de l'œsophage est une maladie assez rare et dont le point de départ n'a point encore été exactement déterminé. M. Rostan a eu occasion d'observer cet accident un assez grand nombre de fois.

L'étude consciencieuse et approfondie de la marche

des phénomènes de la paralysie contribue puissamment au diagnostic des affections des centres nerveux.

Ainsi, dans l'hémorrhagie cérébrale, l'invasion de la paralysie est brusque; dans le ramollissement elle est progressive, et se montre toujours précédée d'accidens particuliers qui seront décrits plus tard. La marche croissante de la paralysie annonce l'existence d'un ramollissement ou d'une altération organique profonde du cerveau; sa marche décroissante suffit pour faire diagnostiquer la congestion cérébrale, ou une hémorrhagie arrivée à une certaine période de son existence.

La paralysie est quelquefois persistante à la suite d'épanchemens sanguins dans la substance nerveuse, c'est qu'alors il y a eu déchirure dans une étendue assez considérable de la masse encéphalique.

On a contesté tous les faits, toutes les propositions qui précèdent; on a cité des paralysies sans altération des centres nerveux; on a mentionné des altérations de la pulpe nerveuse sans paralysie.

Ces faits, pour la plupart assez incomplets, pourraient tout au plus conduire le médecin logicien à admettre que pour les centres nerveux, comme pour les autres organes composant l'organisme humain, il existe dans quelques cas exceptionnels des affections latentes, et que quelquefois encore les moyens d'investigation cadavérique aujourd'hui à notre disposition ne sont point assez complets.

En présence de faits bien rares et assez incorrects, une semblable concession doit faire pressentir que M. Rostan n'hésite point à se prononcer en faveur de tout ce qui peut revêtir le caractère de la vérité, ce qui doit contribuer à augmenter notre confiance dans les propositions qu'il émet.

Le professeur a terminé sa brillante leçon par l'énumération des paralysies qui sont produites par l'action de l'électricité, du plomb, du mercure, etc. Il a avoué, sans détour, que, dans ces cas, la pulpe nerveuse ne semble point à l'anatomiste avoir subi de modification sensible; mais il a soutenu que pour le physiologiste, pour le médecin, il est impossible de ne point supposer dans les centres nerveux un changement organique qui, peut-être, un jour sera révélé par de nouvelles recherches.

(*La suite à un prochain numéro.*)

N° 45. — 14 Avril.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Eléphantiasis du scrotum. — Opération.

Ce matin, 11 avril, une affluence considérable de spectateurs encombrait l'amphithéâtre de M. Velpeau.

Un cas fort curieux de chirurgie devait servir de texte à la leçon du professeur. Voici ce dont il s'agissait.

Un jeune homme d'une bonne constitution, quoique lymphatique, se trouvait couché depuis quelques jours au n° 28 de la salle Sainte-Vierge, où il était entré pour un développement énorme du scrotum et de la verge.

Nous allons donner ici les dimensions de la tumeur, moins comme mesure absolue que comme mesure relative, attendu que déjà il existe dans la science plusieurs cas de cette maladie ayant un volume beaucoup plus fort; notamment dans le mémoire qu'ont publié MM. Gaëtani et Pruner. (1).

16 pouces d'un côté de la racine de la verge à l'autre en passant sous le scrotum.

19 pouces et demi de la base de la verge au périnée, parallèlement au raphé.

14 pouces de la rainure sous-ischiatique d'un côté à celle du côté opposé.

La verge, dans l'état naturel, présente à sa partie moyenne 6 pouces de circonférence et 4 pouces de longueur, y compris un fourreau de peau qui dépasse le gland d'un pouce et demi environ.

Voici ce qu'on apprend de cet homme sur son état antérieur. Jamais il n'avait été malade, lorsqu'en 1831 il reçut un coup de pied dans les bourses. 2 mois plus tard il tomba sur le scrotum. Une hydrocèle survint, et il en sortit une grande quantité de liquide par la ponction. Après cette opération le malade parut se trouver assez bien. Cependant quelques mois s'étant écoulés, il s'aperçut d'un gonflement uniforme du scrotum, qui ne tarda pas à envahir la verge. D'après le rapport du médecin qui donnait des soins au malade, ce gonflement occupait les deux tiers antérieurs des bourses, et il se manifesta, sans causes appréciables, sans être accompagnée de rougeur ni de douleur. Il paraît toutefois que les bourses étaient déjà fortement hypertrophiées long-temps avant le coup de pied dont nous avons parlé.

Le malade fit usage d'un suspensoir, et essaya infructueusement plusieurs médications, tant internes que locales.

Trois mois plus tard, un chirurgien de Nancy, M. Boileau, résolut de recourir à l'opération. Deux incisions furent faites parallèlement, éloignées l'une de l'autre de 4 pouces environ, partant de la partie supérieure du scrotum, et arrivant presque vers sa partie inférieure. Ces deux incisions furent réunies inférieurement par une incision horizontale, de manière à former un lambeau quadrilatère, dont la charnière se trouvait vers la base de la verge; ce lambeau comprenait tous les tissus jusqu'à la tunique vaginale. On le releva, et il sortit de la plaie une espèce de gélatine qui avait assez d'analogie avec du blanc d'œuf ou l'humeur du corps vitré. Une partie du tissu cellulaire infiltré, fut en même temps enlevée. Bientôt le scrotum reprit son volume à peu près ordinaire, et la cicatrisation ne tarda pas à s'effectuer complétement. Après quelques mois il grossit de

(1) Nous en avons publié plusieurs nous-mêmes appartenant à M. Clot.

nouveau, et acquit le volume que nous avons précisé. Depuis deux ans il n'a pas pris beaucoup plus de développement, sans rester cependant tout-à-fait stationnaire

Voici maintenant quel est l'état extérieur de la région qui nous occupe.

Au dessus des plis de l'aîne existe une tuméfaction considérable dans la direction de chaque cordon spermatique. Les testicules sont très-difficiles à sentir : le raphé est très-fortement prononcé, de sorte qu'il peut avoir le volume d'une corde de deux ou trois lignes de diamètre. Sur la face inférieure de la verge, il existe un raphé presque tranchant. A la partie supérieure, cette crête produit l'effet d'une bride charnue, tirant assez sur l'extrémité du fourreau dont il a été question plus haut, pour en changer fortement la direction. En dehors et en bas du scrotum, les cicatrices sont très-blanches, et en dehors de celles-ci la masse de peau est saine sur les côtés surtout. La partie moyenne recouvre des tissus dégénérés qu'on peut préjuger être de substance demi-cornée. Il est à remarquer que depuis l'invasion de l'éléphantiasis, le scrotum est souvent envahi par des érysipèles qui se présentent plus souvent en hiver qu'en été. Il y a quelques jours un de ces érysipèles est survenu et s'est étendu à la verge, à la région hypogastrique et aux cuisses, chacun d'eux est suivi d'une augmentation de la tumeur.

Chez ce malade, il existe, dit M. Velpeau, une dégénérescence de la peau et du tissu sous-cutané qui ne présente pas partout les mêmes caractères; en avant et en arrière de la tumeur on sent des espèces de tubercules, des rugosités, en un mot une maladie et non pas une simple hypertrophie du derme. Sur les côtés et en haut, la peau est presque dans son état naturel; celle de la verge n'est que tuméfiée; ce qui est très-important, car après l'opération, en exerçant sur cette partie une compression méthodique, on peut espérer de la ramener à son état normal.

Le siége de la maladie se trouve-t-il dans la peau seule? Je ne le pense pas, dit le professeur. La première opération ayant fourni de la matière gélatineuse, la même chose aura sans doute lieu cette fois; et cette matière doit appartenir aux tuniques que recouvre le testicule, moins la tunique vaginale, ainsi que nous l'avons dit, et au tissu cellulaire interposé.

M. Velpeau ajoute qu'il ne croit pas que cette maladie doive être attribuée à une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques, comme le croit M. Alard (1). Il pense plutôt que c'est une extrême raréfaction du derme et des couches sous-jacentes.

Il examine ensuite les causes de cette maladie, et il rejette avec M. Chervin, non pas d'une manière exclusive, la plupart de celles que MM Gaëtani et Pruner avaient adoptées, telles que l'humidité du sol et de l'atmosphère, les alimens herbacés de l'Égypte inférieure où elle s'est rencontrée le plus fréquemment jusqu'ici, la contexture lâche du scrotum et l'usage des pantalons larges chez les Égyptiens. Les causes, selon lui, n'en sont pas connues, et ce qu'on en a dit est trop vague pour qu'on puisse s'y arrêter.

Quant à l'extension de son volume, M. Velpeau dit qu'il est encore impossible de rien préciser. Dionis rapporte qu'aux Indes le père Mazeret en a vu un qui pesait 60 livres, MM. Gaëtani et Clot-Bey en ont opéré qui pesaient 110 et 120 livres; enfin M. Chervin dit qu'à l'île St-Christophe on en a vu un de 165 livres. Celui qu'a opéré Delpech pesait 60 livres.

Cette maladie n'est guère moins fréquente chez les femmes que chez les hommes, et elle s'y trouve dans différens endroits; ainsi, avec M. Monod, l'opérateur en a rencontré une qui pesait 6 livres chez une jeune femme de 19 à 20 ans : là elle était située à la grande lèvre droite. Chez la malade couchée au lit n° 1, M. Velpeau en a excisé une qui s'était développée entre la partie postérieure de la vulve et le coccyx; elle est très-bien guérie. Il a eu l'occasion d'en observer plusieurs autres dans les grandes lèvres, une qu'il a opérée avec M. Layraud, et une autre qu'il a excisée aussi avec succès; enfin on connaît le fait publié par M. Dalrich.

On a opposé à cette maladie une foule de moyens topiques qui causent fréquemment des érysipèles : la compression qui est trop difficile sur des parties molles et inégales, le massage qui est insuffisant, et enfin les frictions mercurielles qui ont toujours échoué dans cette affection. Les médications internes ont été employées, les préparations iodurées par exemple; mais M. Velpeau pense qu'elles sont rarement efficaces, et comme le malade demande l'opération, il s'est décidé à la lui pratiquer.

Chez ce malade, il est possible d'enlever presque toutes les parties affectées d'une part, et de l'autre, on peut conserver assez de lambeaux pour recouvrir les parties saines.

On fait cette opération de deux manières, en enlevant les testicules ou en les conservant. M. Velpeau fait observer que le premier cas entraîne des conséquences trop graves pour qu'il veuille l'entreprendre. Il indique Guillaume de Salicet comme ayant exprimé la pensée de conserver les testicules; puis il passe aux procédés du professeur Delpech, de MM. Clot, Gaëtani et Pruner auxquels il ne veut pas s'assujétir, car une telle opération ne peut pas être soumise à des règles invariables; il annonce qu'assez généralement on a mis beaucoup de temps pour la faire : chez certains sujets elle a duré jusqu'à une heure et demie, une sonde ayant été introduite dans l'urètre et dans la vessie pour servir de guide et pour y rester à demeure, afin de prévenir l'ischurie qui pourrait être la suite de cette opération.

1° Deux incisions de forme assez régulières partant de la racine de la verge, marchant vers la partie moyenne du périnée, et décrivant de chaque côté une convexité tournée vers le raphé, ont isolé une portion moyenne du tissu dégénéré, qui a été disséqué et totalement enlevé en 12 minutes.

(1) Histoire de l'éléphantiasis du arabes, maladie particulière du système lymphatique, etc... 1809.

2° Il a fallu six minutes pour dégarnir les testicules du tissu cellulaire couenneux et gélatineux qui les enveloppait.

M. Velpeau avait annoncé la dégénérescence du testicule, les hernies et l'hydrocèle comme pouvant compliquer l'éléphantiasis du scrotum; mais chez son malade, il n'y avait guère à craindre que l'hydrocèle. Chaque tunique vaginale contenait effectivement un demi-verre de sérosité ; on les a excisées toutes les deux. Cinq ou six artérioles ont été liées, et plusieurs points de suture à surjet maintenus par des sutures entortillées ont affermi la réunion immédiate jusque vers l'angle postérieur de la plaie où M. Velpeau a laissé une ouverture, afin de donner issue à la suppuration et au liquide d'infiltration.

Une compression méthodique a été exercée ensuite sur la verge, qui était fortement violacée, au moyen d'un bandage roulé. M. Velpeau se propose de mettre un cylindre creux dans le fourreau dont nous avons parlé, et qui se trouve formé par la peau au-devant du gland, cylindre qu'on enfoncera jusqu'à celui-ci, de manière à pouvoir exercer une compression sur cette partie qui, dans l'état actuel, n'offre aucune résistance. Les lèvres des lambeaux latéraux étaient fortement infiltrées et épaissies. La partie qu'on a enlevée avait à sa surface sous-tégumentaire une abondante quantité de substance gélatineuse et lardacée; les couches sous-cutanées fibreuses externe et interne, celluleuse, et enfin la tunique charnue ou érytroïde ne laissaient aucune trace de leurs apparences primitives, tant était complète la dégénérescence.

Le poids de la partie enlevée n'a été estimé qu'à 3 ou 4 livres.

Nous ferons connaître les suites de cette belle opération, déjà pratiquée, du reste, dans des conditions et avec des succès divers, par Imbert de Lorme, M. Roux, M. Larrey, Raymondon, Delpech, MM. Clot-Bey (deux fois avec succès); Caffort, de Narbonne; Gaëtani (deux fois, un malade mort); Pruner, Mott, Weis; et par d'autres chirurgiens, 12 ou 14 fois à l'île Saint-Christophe ou à Demerrari, selon M. Servin.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Chomel, professeur.

Affection typhoïde ; allaitement d'un enfant pendant les douze premiers jours de la maladie, sans que sa santé ait été altérée.

Une femme âgée de 31 ans, arrivée d'Auvergne à Paris depuis deux ou trois ans, et accouchée depuis six mois, entre à l'hôpital le 9 avril, accusant quinze jours de maladie.

Au début, douleur de ventre, diarrhée, céphalalgie intense, prostration des forces. Elle est alitée depuis quinze jours, et n'a cessé d'allaiter son nourrisson que depuis trois jours. Son enfant s'est toujours bien porté. Il y a peu de temps encore qu'une malade couchée au n° 14 de la même salle, présentant tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave à laquelle elle a succombé, a également allaité un nourrisson pendant les douze premiers jours de sa maladie, sans que l'enfant ait subi la moindre altération.

Quoi qu'il en soit, la malade qui fait le sujet de cette observation, a offert à son entrée un ensemble de symptômes qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une fièvre typhoïde.

Le décubitus a lieu sur le dos; la face est rouge, la langue sèche. La malade accuse une grande faiblesse; elle a été transportée en voiture à l'hôpital, et n'a pu se rendre du bureau à la salle St-Lazare que soutenue sur les bras de deux personnes. Elle éprouve des éblouissemens lorsqu'elle est debout ; elle dit n'avoir pas eu d'épistaxis depuis le début, mais elle a craché deux ou trois fois du sang noir en caillot provenant évidemment des fosses nasales, ce qui est forme particulière d'épistaxis. Le ventre est douloureux et sonore à la percussion, et sa paroi antérieure ainsi que la poitrine offrent plusieurs taches rosées, lenticulaires, d'une ligne à une ligne et demie de diamètre. Le pouls donne 130 pulsations, la chaleur de la peau est élevée. Une application de sangsues a été faite en ville. Comme le pouls offre une certaine résistance et que la face est animée, M. Chomel a prescrit une saignée de 4 à 6 onces seulement; les émissions sanguines abondantes étant nuisibles en pareil cas, et jetant souvent les malades dans une prostration dont il est difficile de les tirer. On donnera à la malade pour boisson une solution de sirop de groseille, et on appliquera des cataplasmes émolliens sur l'abdomen.

M. Chomel ne croit pas devoir encore faire usage des purgatifs, les avis étant très-partagés sur l'influence de cette médication. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance de tous les documens recueillis à cet égard par les médecins qui préconisent ce traitement, qu'il pourra se décider à tenter l'emploi de cette médication.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE.

Division des aliénés. — Service de M. Pariset.

Mouvement de la population pendant le mois de mars 1835.

(Admissions).

Il y a eu dans ce mois 43 admissions, dont :

Délire maniaque,	6
Mélancolie,	2
— avec tendance au suicide,	2

Monomanie,	4
Manie périodique,	9
Démence sénile,	10
— avec paralysie,	2
Imbécillité,	5
Epilepsie,	3
Total.	43

Age.

Enfant de 5 ans, imbécille et paralytique,	1
De 10 à 20,	2
De 20 à 30,	5
De 30 à 40,	9
De 40 à 50,	10
De 50 à 60,	4
De 60 à 70,	7
De 70 à 80,	5
Total.	43

Sorties du traitement.

Rendues à leurs parens dans un état de guérison satisfaisant,	19
— pour être traitées ailleurs,	2
Passées au nombre des indigentes de l'hospice, raisonnables d'ailleurs, mais sans aucune ressource, et sur nos demandes réitérées (ces dernières sont toutes de vieilles femmes de 60 à 80 ans),	12
Total.	33

Les 19 guérisons se répartissent de la manière suivante, sous le rapport de l'âge et de la durée du séjour.

Age.

De 15 à 20 ans,	1
De 20 à 30,	2
De 30 à 40,	8
De 40 à 50,	7
De 50 à 60,	»
De 60 à 70,	1
Total.	19

Durée du séjour.

20 jours,	3
1 mois,	4
1 mois 1/2,	4
2 mois,	1
3 mois,	1
3 mois 1/3,	3
6 mois,	2
7 mois,	1

Décès.

Il y a 20 décès. Quelques-uns ont été déterminés par des typhus; et le plus grande nombre par des marasmes, compliqués de paralysie plus ou moins profonde.

De 20 à 30 ans,	2
De 30 à 40,	4
De 50 à 60,	4
De 60 à 70,	3
De 70 à 80,	7
Total.	20

On remarquera que parmi les vingt décès, il y en a dix sur des femmes de 60 à 80 ans.

SCIPION PINEL.

N° 46. — 14 AVRIL.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. BLANDIN.

Luxation de l'avant-bras en arrière; apophyse coronoïde logée dans la cavité olécrânienne; réduction complète au bout de 65 jours; par M. THÉRY.

Comme je l'avais annoncé (n° du 9 avril), M. Blandin a fait des tentatives de réduction sur le malade affecté de luxation de l'avant-bras dont j'ai rapporté dernièrement l'observation; et, malgré l'ancienneté de la luxation, malgré le chevauchement considérable des os de l'avant-bras sur l'humérus, il a réussi au-delà de tout ce qu'on pouvait espérer : le membre, qui était raccourci, immobile, et fixé dans l'extension forcée, a maintenant recouvré sa longueur et sa mobilité naturelles; et le malade n'a plus qu'à rendre grâces aux soins éclairés qui lui ont été prodigués.

Frappé des difficultés qu'un chirurgien de la ville avait rencontrées dans les tentatives de réduction qu'il avait faites et de l'inutilité de ces tentatives, M. Blandin avait soutenu que l'obstacle devait dépendre, dans ce cas particulier, de la disposition insolite des parties, de la réception de l'apophyse coronoïde dans la cavité qui est naturellement destinée à l'olécrâne.

D'après ces idées, voici comment d'abord furent dirigés les efforts de réduction :

Les lacs extensifs et contre-extensifs furent appliqués aux lieux ordinaires, et comme de coutume confiés à des aides nombreux; mais en même temps deux lacs furent appliqués transversalement, l'un sur la partie postérieure et inférieure de l'humérus, l'autre sur la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras, et confiés à des aides différens.

De la sorte, pendant que l'extension et la contre-extension étaient exercées aux deux extrémités du membre, la partie inférieure du bras était attirée en avant, et la partie supérieure de l'avant-bras était sollicitée en arrière; M. Blandin espérait par là déloger l'apophyse coronoïde de sa cavité nouvelle, et faciliter son passage sous la poulie de l'humérus; mais il ne tarda pas à s'apercevoir, comme il le craignait avant d'en avoir fait l'expérience, que le lacs appliqué sur le bras, en pres-

sant sur le triceps, empêchait l'olécrâne de se porter en arrière, de se détacher de l'humérus, et qu'ainsi il était plus nuisible qu'utile; dès lors les efforts de réduction furent conduits de la manière suivante:

Placé à la partie externe du membre, M. Blandin nous recommanda de commencer l'extension et la contre-extension, suivant la direction que la maladie avait donnée au membre; des efforts soutenus et très-grands furent exercés, le membre s'alongea; et alors, sur un signe que leur fit l'opérateur, les aides chargés de la contre-extension portèrent brusquement l'avant-bras dans la flexion, pendant que lui-même il attirait fortement l'humérus en arrière avec les deux mains croisées au-devant de lui. Au moment où ces mouvemens combinés s'exécutèrent, un bruit sec se fit entendre, et aussitôt on cessa les efforts; l'avant-bras avait repris sa position normale, et pouvait désormais être fléchi et étendu sur le bras.

Le bruit qui s'était fait entendre au moment de la réduction avait été tellement sec et rude, la sensation qu'il avait causée était si différente de celle qui résulte de la pression brusque des surfaces cartilagineuses pendant la réduction d'une luxation récente, que la première idée qui se présenta fut que l'olécrâne s'était détachée pendant les derniers efforts; mais un examen ultérieur montra que tout ceci n'avait été qu'une apparence trompeuse; que l'ancienneté de la luxation, que la sécheresse des surfaces articulaires, et que peut-être la destruction des cartilages diarthrodiaux, comme cela arrive quand les os cessent pendant long-temps de presser les uns contre les autres, avaient seules pu causer cette illusion.

Trois jours se sont écoulés depuis l'opération. Le malade est dans un état très-satisfaisant; il souffre peu dans l'articulation: cette partie a été fixée dans la demi-flexion, afin que, le cas échéant d'un ankylose, le membre puisse être le plus utile possible. Un bandage roulé a été placé sur la main et sur l'avant-bras, deux atelles de carton ont été placées, l'une en avant, l'autre en arrière, pour soutenir les parties, et pour permettre aux ligamens et aux parties molles extra-articulaires, de revenir sur elles-même et de reprendre la position et la fermeté qu'elles avaient perdues depuis l'accident.

Exostoses éburnées de la face; ablation au moyen d'une scie nouvelle, imaginée par M. Martin.

Le sujet de cette observation est un homme âgé de 47 ans, qui fut adressé de province à M. Blandin, il y a quelque temps, pour le débarrasser, si la chose était possible, de tumeurs qui s'étaient développées sur différens points des mâchoires, et qui donnaient à sa figure une apparence monstrueuse.

Du reste, voici ce que m'a appris l'observation de ce malade:

Deux tumeurs du volume d'un œuf environ occupent le sillon qui sépare le nez de la joue de chaque côté, et paraissent s'élever de la partie interne de la fosse canine et de l'apophyse montante des os maxillaires. Une cicatrice cruciale témoigne qu'à une époque éloignée on a pratiqué une incision cruciale à la peau qui recouvre ces tumeurs. Une tumeur grosse comme les deux poings réunis siége du côté droit sur la branche, et tout le long des bords postérieur et inférieur de la mâchoire inférieure; une tumeur semblable existe à gauche, seulement quatre fois moins développée. La voûte palatine est elle-même légèrement déprimée de chaque côté par un gonflement de sa partie osseuse. Il existe une fistule lacrymale du côté gauche.

Cette affection a commencé il y a trente ans environ. Le malade assure qu'il n'a jamais eu la syphilis, et qu'il n'a été soumis à aucun traitement par le mercure, il a eu la gale une seule fois. Il est d'une très-forte constitution; ses parens et ses enfans sont également forts et biens portans. Il est venu à Paris il y a quinze ans, et est entré à l'hôpital de la Charité. Confié aux soins éclairés de M. Roux, ce professeur a fait pour la guérison tout ce que pouvait l'ostéotomie avec les moyens imparfaits qu'on possédait à cette époque. Le tissu des tumeurs était si dur, qu'il put à peine attaquer la surface de celles qui sont placées sur les côtés du nez.

Depuis l'époque de leur formation première jusqu'à présent, ces tumeurs se sont accrues lentement, mais d'une manière continue; aussi M. Blanin ne nous a-t-il pas dissimulé, qu'il pense que la cause inconnue de cette curieuse maladie du système osseux de la face est encore agissante, et qu'il est à craindre de la voir continuer à sévir après l'opération. Néanmoins il croit que l'art doit tenter quelque chose pour ce malheureux; car, si la maladie se reproduit la lenteur avec laquelle elle a procédé jusqu'ici, donne lieu d'espérer que cet homme ressentira encore long-temps les bienfaits d'une opération, qui lui aura rendu une figure humaine, et lui aura évité les plaisanteries et le dégoût des personnes qui l'entourent.

Convaincu de la nécessité d'attaquer ces tumeurs à l'aide *d'ostéotomes*, plus parfaits que les scies ordinaires, M. Blandin avait d'abord songé à mettre en usage la scie de M. Heyne ou celle de M. Thomson; mais obligé d'atteindre des tumeurs développées sur la face courbe du sillon latéral du nez, il craignit de ne pouvoir le faire avec ces instrumens, et communiqua ces réflexions à M. Martin, dont les études se sont plus spécialement dirigées vers la partie mécanique de notre art; ce médecin se mit aussitôt à l'œuvre, et il imagina une scie qui me paraît surpasser de beaucoup celles des médecins que j'ai cités, pour la simplicité et pour le parti qu'on peut en tirer dans les cas les plus difficiles de résections osseuses. Du reste, voici à peu près en quoi consiste cet instrument.

Il est formé de trois parties; *l'arbre*, *la tige*, *et la scie*. L'arbre est tout simplement un vilbrequin ou un arbre de trépan ordinaire, que l'on fixe sur le manche à volonté, au moyen d'une vis de pression. La tige est longue et articulée à dix pouces environ de son extré-

mité par une double charnière dite *à la lampe de Cardan;* une poignée ou manche taillé à pans, un peu gros, et terminé par une pomme aplatie embrasse cette tige au-delà de son articulation et sert à la fixer, sans cependant empêcher ses mouvemens rotatoires. La scie enfin est une mollette droite ou concave, suivant le besoin, qui s'adapte sur l'extrémité de la tige au moyen d'un pivôt, et y est retenue par une bascule.

Le jeu de cet instrument est simple et facile : un aide est chargé de tourner le vilbrequin, pendant que le chirurgien tient le manche de l'instrument, le fixe contre sa poitrine, et maintient la scie dans le point sur lequel elle doit agir. A la faveur de l'articulation de la tige de l'instrument, le chirurgien n'est en aucune façon gêné par l'aide qui lui imprime son mouvement circulaire; il peut varier à son gré la direction de la mollette, sans préjudicier en rien à son action.

M. Blandin avait déjà employé une fois cette scie avec succès à l'hôpital Beaujon, sur ce même malade, et il avait coupé la partie la plus saillante et la plus élevée de l'exostose droite de la mâchoire inférieure; il vient de s'en servir de nouveau devant nous, à deux reprises différentes, sur les exostoses latérales du nez du même individu; la première fois il s'était servi de mollettes planes; dans ces dernières circonstances, il a usé de mollettes concaves; et nous n'avons pas été peu surpris de voir avec quelle facilité et quelle promptitude les deux tumeurs ont été attaquées et enlevées; c'était plaisir de suivre tous les détails de cette véritable sculpture osseuse, que M. Blandin, au reste, a dirigée avec un sang-froid et une hardiesse que nous ne lui connaissions pas.

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE,

dirigé par le docteur Carron du Villards.

Observations d'iritis syphilitique aigu, d'iritis chronique de même nature, ayant déterminé dans les deux yeux une diminution de la vue; par M. Cadet de Villedieu.

Quoique les inflammations spécifiques de l'iris soient en général bien connues des auteurs, on ne saurait trop ramener l'attention du praticien sur les cas où elles se développent consécutivement à une affection simple et primitive; parce qu'alors il doit combattre non-seulement l'inflammation, mais encore attaquer, par les moyens que lui fournit la thérapeutique, une affection contre laquelle vient si souvent échouer le traitement antiphlogistique le plus énergique et le mieux combiné. Ne voit-on pas, en effet, tous les jours des ophthalmies syphilitiques méconnues, résister aux évacuations sanguines les plus abondantes, et aux révulsifs de toute espèce sur le tube digestif, etc., et disparaître comme par enchantement sous l'action du mercure.

Les observations suivantes me semblent propre à confirmer ce que je viens d'avancer.

Première observation. — *Ophthalmie catarrhale primitive; iritis syphilitique; frictions mercurielles; calomel à haute dose; évacuations sanguines; guérison.*

C..., tailleur en cristaux, demeurant rue du Vert-Bois, n. 27, d'un tempérament nervoso-lymphatique, contracta il y a quatorze mois une blennorrhagie qu'il combattit vainement par les saignées locales et les révulsifs sur le tube digestif; l'inflammation a passé à l'état chronique, et depuis douze mois un écoulement puriforme a lieu par l'urètre.

Le 24 février dernier, un courant d'air détermina un catarrhe des conjonctives oculaire et palpébrale; et le 28, des douleurs pongitives se firent ressentir dans tout le globe de l'œil; ces douleurs s'exaspéraient le soir; la photophobie et le blépharospasme devinrent extrêmes, et l'épiphora très-abondant.

C'est à cette époque que le malade se présenta à la consultation du dispensaire; il portait à la nuque un vésicatoire, et s'était instillé dans l'œil, d'après l'avis d'un médecin de cette ville, un collyre saturné et alcoolisé. La veille, six sangsues avaient été appliquées à chaque apophyse mastoïde. La réaction qui, dans les ophthalmies aiguës, ne manque jamais de suivre l'application d'un vésicatoire, détermina une fièvre intense, que le malade attribue lui-même à l'emploi intempestif de cette médication.

Le malade est placé dans un lieu faiblement éclairé; ses yeux offrent les symptômes suivans :

La conjonctive est très-enflammée et sillonnée de vaisseaux nombreux et dilatés, affectant la disposition à laquelle les ophthalmologistes ont donné le nom de catarrhale. Au-dessous de ces vaisseaux il est facile d'apercevoir la teinte bleuâtre que la sclérotique a revêtue à la partie antérieure. L'iris a perdu son brillant, l'humeur aqueuse et la cornée présentent moins de transparence, et la circonférence pupillaire est de couleur de rouille; la grande circonférence de l'iris est de couleur mat. Ce n'est qu'après plusieurs tentatives que le docteur Carron du Villards put s'assurer de l'état de ces parties; le blépharospasme survenait chaque fois qu'il voulait maintenir les paupières écartées l'une de l'autre. Cette circonstance l'empêcha de voir si la pupille avait conservé sa forme circulaire, et si, comme le prétendent quelques auteurs, elle ne formait pas un angle à la partie interne et supérieure de l'œil.

A ces symptômes, M. le docteur Carron du Villards reconnut l'existence du virus syphilitique chez le malade, et malgré l'assurance positive qu'il nous donnait de n'avoir jamais eu d'affections vénériennes, on prescrivit dix sangsues derrière chaque oreille; frictions mercurielles belladonées, à la dose d'une demi-once chaque jour; 8 grains de calomel unis à 1 grain d'opium tous les matins; bains de pieds synapisés.

Le 30, le malade se trouva un peu mieux, et c'est alors seulement qu'il nous avoua que des considérations

personnelles l'avaient empêché de nous dire que depuis quatorze mois il avait une blennorrhagie. Même prescription ; nouvelle application de sangsues.

Le 3 mars, j'allai voir le malade à domicile. Le blépharospasme et la photophobie ont considérablement diminué d'intensité. L'épiphora n'est plus aussi abondant, et je pus facilement apercevoir des dépôts de lymphe plastique à la face antérieure du grand cercle de l'iris. Ces dépôts, d'un brun rougeâtre, étaient disposés en petites masses arrondies ; et examinés de côté, ils paraissaient faire saillie dans la chambre antérieure.

Je ne pus m'assurer si de semblables dépôts avaient été sécrétés à la face postérieure de l'iris. La cornée et l'humeur aqueuse ont repris de leur transparence, et la pupille a conservé sa forme normale ; cependant à son pourtour faisaient saillie des filamens blanchâtres flottans dans l'humeur aqueuse, et d'une extrême ténuité. La circonférence pupillaire me parut avoir augmenté d'épaisseur. Continuer les frictions et le calomel.

Le 5, l'amélioration continue : le malade peut se livrer au sommeil. Sécrétion abondante des glandes de Méibominius ; salivation.

Le 6, les symptômes inflammatoires ont presque disparu de l'œil, ni photophobie, ni blépharospasme ; la conjonctive offre encore la disposition vasculaire catarrhale. Collyre ou sublimé (1/2 grain pour 3 onces d'eau distillée) ; purgation avec un sel neutre ; gargarismes émolliens.

Le 12, la salivation n'existe plus ; l'ophthalmie n'a pas laissé de traces de son passage, si ce n'est à la face antérieure de l'iris, près sa grande circonférence, où se voient encore quelques dépôts de lymphe plastique ; et à la commissure externe des paupières dont l'inflammation a déterminé l'adhérence dans l'étendue de deux ou trois lignes.

Deuxième observation. — M. Da..., âgé de 37 ans, natif de Lyon, se présenta au dispensaire pour réclamer les soins du docteur Carron du Villards, contre une diminution très-marquée et progressive de la vue dans les deux yeux.

Plusieurs médecins de Lyon, appelés en consultation, ne virent chez le malade qu'une faiblesse de la rétine, une paresse des mouvemens de l'iris.

A la première inspection, au contraire, le docteur Carron du Villards diagnostiqua un iritis chronique syphilitique ; et le malade, interrogé sur les antécédens de sa santé générale, déclara avoir été atteint d'une maladie syphilitique mal traitée, et qui donna consécutivement lieu à des papules syphilitiques aux jambes et à une syphilide pustuleuse crustacée du cuir chevelu.

La complication spécifique de l'iritis chronique devenait d'autant plus évidente qu'elle se révélait par les symptômes suivans : Déformation de la pupille avec des pertes de substance coupées à pic ; altération en jaune fauve de l'arc moyen de l'iris ; adhérence de la partie moyenne de la pupille au cristallin ; pseudo-membrane frangée et de couleur rougeâtre ; cercle sclérotico cornéen rouge d'œillet (pink-colour de Lawrence).

La vue avait diminué, non par l'effet de l'étroitesse de la pupille, mais par celui des exsudations lymphatiques qui se trouvaient dans son intérieur. Il existait en outre, une empreinte de pigment noir de l'urée sur la capsule cristalline. L'épanouissement de la pupille, déterminé par l'instillation de la belladone, mirent en évidence tous les symptômes que je viens de signaler.

M. Da... pouvait se diriger dans sa marche, et apercevoir des objets d'un volume assez considérable, mais il lui était impossible de distinguer un caractère petit-romain.

Le malade fut soumis à l'usage de la tisane de Feltz, à la solution cyanurée de Parent, aux bains de vapeur, etc. ; et maintenant, son état est si voisin de la guérison, qu'il peut lire avec facilité les caractères qu'il ne pouvait distinguer avant ce traitement.

N° 47. — 18 Avril.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Brûlures ; traitement par les bandelettes de diachylum.

Les brûlures étant des maladies très-fréquentes, et les moyens qu'on leur a opposés jusqu'ici lui ayant paru insuffisans, M. Velpeau croit avoir trouvé un traitement supérieur à ceux dont on se sert depuis nombre d'années, mais qui cependant, comme nous le verrons, n'est pas applicable dans toutes les régions du corps. D'après ce que vous avez vu dans mon service, ajoute-t-il, d'après ce que vous verrez par la suite sur ce sujet, je vous laisse à apprécier les effets des bandelettes agglutinatives.

M. Velpeau, reprenant et adoptant les quatre divisions qu'on a faites pour préciser les différens résultats des brûlures, dit que dans celles au premier degré, caractérisées par un érythème ou même de la tuméfaction avec prurit ou douleur légère, tous les moyens de traitement réussissent, et que ce n'est donc pas dans ce cas qu'il doit espérer de faire saillir le sien.

2° Que dans celles au second degré, caractérisées par le décollement de l'épiderme, ou les phlyctènes, sans altération du corps muqueux, l'effet des bandelettes se démontre mieux.

3° Que dans celles au troisième degré, c'est-à-dire celles où le réseau muqueux a été détruit en partie, et dans celles du quatrième degré, où la peau est complètement convertie en escharre, son mode de traitement est presque indispensable.

On a vanté, dit-il, un grand nombre de traitemens ; tout le monde, y compris même le monde étranger à l'art médical, traite les brûlures, et préconise son remède infaillible pour les guérir ; il ne faut pas trop se moquer de cette croyance, car elle est fondée sur une apparence de vérité, c'est-à-dire sur la marche naturelle des différens degrés de brûlures. Ainsi, comme

déjà nous l'avons dit, celles du premier degré guérissent par tous les moyens possibles, ou plutôt ceux-ci laissent marcher le mal. Dans celles du second degré, l'efficacité de tous les traitemens est moins prompte; car, livrées à elles-mêmes, ces sortes de brûlures guérissent aussi, mais en vingt ou trente jours. Dans le troisième degré, la guérison est encore plus difficile, car il faut un travail particulier pour que le corps muqueux se répare.

Enfin, dans les brûlures du quatrième degré, il faudra encore plus de temps pour que, livrées à elles-mêmes, elles puissent guérir, puisque déjà il faut quinze à vingt jours pour que la partie gangrénée se sépare; il faut aussi beaucoup de temps pour que la plaie se nétoie, et enfin vingt-cinq ou trente jours encore pour que la cicatrisation s'accomplisse, ce qui fait un espace de six semaines environ.

Dans le traitement de M. Velpeau, il faut aussi tenir compte de l'étendue de la plaie, c'est-à-dire de la largeur en surface de la brûlure, car il se distingue principalement des autres en ce qu'il opère la guérison par une multitude de points à la fois, pour ne pas dire dans presque tous. Ainsi donc, une plaie très large ne met pas plus de temps à guérir au moyen des bandelettes agglutinatives.

Depuis cinq ou six ans, dit M. Velpeau, j'ai expérimenté pour cicatriser ces sortes de lésions le plus promptement possible; j'ai examiné avec conscience tous les moyens préconisés, c'est-à-dire sur un grand nombre de malades. La compression, les solutions alcalines, les dessiccatifs, le liniment oléo-calcaire, l'onguent de genièvre, les réfrigérans, l'eau pure, l'eau alcoolisée, l'eau-de-vie camphrée, l'eau-de-vie pure, l'éther acétique, les solutions chlorurées, le typha, le coton cardé, puis les bandelettes, et je n'ai obtenu que de ce dernier moyen une supériorité incontestable.

Je suis donc arrivé à ce résultat : que dans la brûlure au premier degré, on obtient de très bons résultats de l'eau froide, de l'eau-de-vie camphrée, des solutions chlorurées, et de la compression surtout; mais que l'efficacité de celle-ci varie suivant ce dont on se sert pour l'appliquer. Ainsi, je suis persuadé que les bandelettes l'emportent sur la compression simple, parce que leur emploi est plus facile, qu'elles ne se défont pas, et peuvent rester plus long-temps. Que dans celles au deuxième degré, l'eau froide, les réfrigérans, les solutions chlorurées surtout, peuvent guérir en enlevant au préalable les phlyctènes; car je tiens beaucoup à cette petite opération, sans laquelle je ne fais jamais usage d'aucune application.

Il y a, au n° 78 de la salle des hommes, un malade dont quelques brûlures traitées par les réfrigérans et les solutions chlorurées ont offert une marche comparative. Je ne me suis servi de ce moyen chez lui que parce que les brûlures dont il était assez généralement couvert rendaient impossible le recours aux bandelettes.

Après six jours chez ce malade, les brûlures du premier et du deuxième degré avaient donc presque disparu; après dix, celles du troisième n'étaient pas entièrement cicatrisées; celles du quatrième degré restaient encore. C'est alors que j'ai pu employer les bandelettes sur le bras et sur les épaules, dont j'ai déjà dit que l'application n'est pas possible dans toutes les régions du corps.

Par ce fait que nous avons maintenant sous les yeux, nous sommes à même de constater aussi l'effet qu'on doit retirer des moyens thérapeutiques qui ne consistent pas dans l'application des bandelettes agglutinatives pour les plaies du troisième et du quatrième degrés (effet que j'ai manifestement reconnu depuis que j'expérimente); que dans les brûlures au troisième degré, l'eau froide, les réfrigérans, les solutions chlorurées, etc., sont presque inutiles, parce que ces moyens ne peuvent contribuer à la réparation du corps muqueux; je dis presque, car ils ont, du moins, la propriété d'agir primitivement en arrêtant l'inflammation, et que, comme leurs effets sont très-insuffisans, il faut avoir recours à d'autres moyens sans s'obstiner à ceux-là.

En chirurgie comme en médecine, il ne faut pas être exclusif. Ce sont les bandelettes qui, dans ces deux cas, rempliront le but qu'on veut atteindre; et, pour en résumer l'effet, je dirai, en apportant pour preuve de ce qui a été exposé dans cette leçon, que:

1° Dans les brûlures du premier et du deuxième degrés leur application est suivie d'une guérison plus prompte, c'est-à-dire qu'elle est complète après une ou deux applications au plus, ou un ou deux jours;

2° Que dans celles du troisième il faut trois ou quatre applications, qui exigent huit jours au plus, ainsi qu'on a eu occasion de le vérifier chez un malade qui est au n° 41, pour une brûlure profonde à la voûte calcanienne. M. Velpeau dit ici qu'il a été surpris de la marche rapide de cette plaie profonde qui était cicatrisée entièrement après deux applications, à l'exception d'un pli de la peau qui s'était trouvé étranglé entre deux jets de bandelettes mal appliquées (MM. les élèves en ont été témoins). Par tout autre moyen il eut fallu, dit-il, quinze jours ou un mois.

3° Enfin que la guérison des brûlures au quatrième degré dépend de la profondeur des plaies.

Le n. 28, dont il a été question plus haut, nous a encore fourni l'occasion de constater ce fait, qui contribue à attester la supériorité de son moyen thérapeutique; savoir, que si on applique les bandelettes le premier jour, il ne faut pas plus de temps pour obtenir la guérison que si on les applique après six semaines; ou, en d'autres termes, qu'il ne faut pas tenir compte du temps antérieur.

Par ce traitement, la cicatrisation ne se fait pas de la circonférence au centre, c'est-à-dire par convergence; elle s'opère par plaques, sur toute la surface de la plaie à la fois, et c'est ce qui fait que l'étendue des surfaces en brûlures n'influe en rien sur la durée du temps de la guérison.

La cicatrice est ferme, solide, et surtout sans brides. Je me suis demandé si ce moyen de traitement n'agissait pas seulement par la compression; et d'abord

j'étais porté à le croire, car je suis très-partisan de la compression. Pour m'assurer du fait, j'ai fait faire des bandelettes avec différens emplâtres, et alors je me suis convaincu que celles de diachylum étaient préférables ; j'ai vu qu'il ne faut pas, dans ce dernier emplâtre, une trop forte proportion de graisse, ni même d'onguent diachylum, mais qu'il faut une assez forte quantité de litharge ; que sa consistance doit donc être malléable, et que la compression n'est pas le seul effet, puisque le résultat varie suivant la composition des bandelettes. Cependant elle y est bien aussi pour quelque chose.

Voyons maintenant quel est le procédé à suivre dans ces applications, car elles sont très-difficiles ; et mal faites elles deviennent extrêmement défavorables à la marche et à la nature de la cicatrisation.

1° Il faut tenir en contact avec l'étendue de la surface malade des lanières de toile enduites du diachylum, dont nous venons de parler.

2° Il est indispensable qu'elles portent d'une manière très-égale sur tous les points de la plaie, afin de prévenir l'étranglement.

3° Elles doivent être appliquées de manière à ne pas se relâcher ; et, à cet effet, il est nécessaire qu'elles fassent au moins une fois et demie le tour de la jambe.

4° Quand les régions sur lesquelles on les applique sont inégales, il faut en remplir les enfoncemens avec de la charpie ou du coton ; ainsi, par exemple, si on a affaire à une plaie sur le pied, on en garnira la face plantaire, de manière à ce que le tout forme un rouleau.

5° Elles affecteront différentes directions suivant la forme de la région du membre sur laquelle on les applique : ainsi, à la jambe qui forme un cône elles seront placées en spirale en commençant de bas en haut.

6° Enfin chaque jet de la bandelette recouvrira celui qui est au-dessous, dans les deux tiers de son étendue, afin de comprimer d'une manière plus uniforme.

M. Velpeau explique pourquoi il ne commence pas l'application des bandelettes par le point diamétralement opposé à la plaie, ainsi qu'on le fait dans les ulcères : c'est parce que pour les brûlures, dit-il, il n'est pas nécessaire de rapprocher les lèvres de la plaie, et de se servir des bandelettes comme d'un bandage unissant.

M. Velpeau ne se dissimule pas qu'il reste encore quelques expériences à faire pour compléter le pansement des brûlures par les bandelettes de diachylum.

Il lui a donc semblé que, dans les brûlures qui ont dénudé une surface très-large, le pansement doit être renouvelé tous les deux jours pour enlever la suppuration, et déterger ainsi la superficie des plaies ; si, au contraire, celles-ci ne sont pas très-étendues en largeur, on peut les laisser plusieurs jours sous les bandelettes : il resterait encore à s'assurer si on n'irait pas beaucoup plus vîte en laissant le pansement de dix à quinze jours. Je l'essaierai, dit M. Velpeau ; et comme on a beaucoup parlé des pansemens rares, nous verrons en même temps s'ils sont avantageux. Il est bon enfin, pour absorber la suppuration abondante, d'envelopper tout le membre de coton cardé dans lequel on doit avoir confiance, puisque M. Mayor, de Lausanne, en est un si grand partisan.

Nous essaierons encore si avec ce mode de traitement on ne pourrait pas laisser marcher les malades ; dans le cas de l'affirmative ce serait un moyen précieux, car les malades qui restent au lit courent des risques de maladies générales et symptomatiques, quand ils ne tombent pas inévitablement dans un état pathologique prononcé, ce qui arrive le plus souvent.

Déjà chez le malade du n° 41 dont nous avons parlé, et qui se trouvait dans des conditions assez graves, la plaie a marché sans accidens aucuns.

Il ne faut pas moins de précautions pour enlever ce pansement. Ainsi, on coupera les bandelettes avec attention, c'est-à-dire qu'on prendra bien garde de tracer des sillons sur la nouvelle peau, qui a encore une si mince et si fragile consistance, avec la pointe des ciseaux. Pour cela, il faut que la lame de ceux-ci soit glissée à plat avec une minutieuse précaution. Il faut commencer à couper par la partie inférieure du bandage, afin de ne pas passer sur des bandelettes qu'on n'atteindrait pas ; par ce moyen, l'imbrication des jets favorise l'incision de presque tout le bandage en un ou deux coups de ciseaux au plus.

M. Velpeau ajoute que les bandelettes ne conviennent pas à tous les individus, car chez certains, par exemple, la peau est tellement constituée qu'il se déclare facilement un érysipèle, mais chez eux aussi la peau rougit à la première application, et d'ailleurs, il est facile de s'en apercevoir de bonne heure, parce qu'il s'établit encore un suintement rougeâtre de mauvaise nature à la surface de la plaie.

Ici, comme dans toutes les maladies, tous les traitemens ne peuvent pas réussir. Il ne faut donc pas adopter ou rejeter ce moyen d'une manière absolue, et c'est ce qui fait que les autres, dans certains cas et surtout dans certaines régions peuvent avoir aussi leurs avantages ; par exemple, j'ai souvent été à même de constater la marche rapide de la cicatrisation dans les brûlures de la face, traitées par le liment oléo-calcaire.

Hydrocéphale guéri par l'huile de croton tiglium.

Parmi les cas rapportés par la société médicale d'Edimbourg, nous remarquons les bons effets obtenus par les frictions d'huile de croton tiglium dans l'hydrocéphale aigu.

Un jeune enfant âgé de treize mois fut pris de convulsions qui se répétaient à différens intervalles, mais qu'un courant d'eau froide sur la tête pendant que le corps était plongé dans un bain chaud dissipait sur le champ.

Présumant qu'elles pouvaient tenir au gonflement douloureux de la gencive de la mâchoire inférieure sur une dent qui allait apparaître, on fit une scarification. Ces accidens continuèrent à un degré variable jusqu'à

la naissance de la huitième dent. L'abdomen était distendu, le pouls rapide, la peau chaude.

La tête étant rasée, six sangsues furent appliquées et saignèrent long-temps. Des compresses trempées dans l'eau froide et le vinaigre furent maintenues sur le front. On donna aussi du calomel a doses répétées, puis de l'huile de ricin.

Le lendemain, amélioration marquée, peau moins chaude, pouls à 130, évacuations alvines. De nouvelles sangsues sont mises; pendant trois jours on continue les applications d'eau froide sur la tête et le calomel à petites doses.

Les convulsions ont bien cessé, mais la stupeur persiste ainsi que les cris aigus, le strabisme et l'agitation des membres; le vésicatoire à la nuque est sans effet.

Le 17 mai, quinzième jour de la maladie, les précédens symptômes se sont aggravés; les pupilles dilatées sont insensibles à la lumière : pouls de 90 à 100, irrégulier; urine rare. La tête est recouverte d'un large vésicatoire; mercure à l'intérieur.

Le 20, même état de stupeur, l'épanchement paraît confirmé; des frictions avec l'huile de croton tiglium et l'ammoniaque liquide, mêlées à parties égales, sont faites trois fois par jour sur la nuque et la région occipitale.

Une once de ce liniment suffit pour produire une éruption pustuleuse abondante qui est suivie d'une rapide amélioration dans les symptômes. La stupeur est moins profonde; la sensibilité renaît, le pouls redevient fréquent et n'est plus irrégulier, les pupilles se contractent.

Huit ou dix jours après, l'enfant était hors de danger; mais l'éruption avait été si forte que des cataplasmes émolliens furent nécessaires pour la calmer. La guérison est parfaite.

Connue depuis 1630, l'huile de croton-tiglium, d'abord employée dans l'hydropisie, n'a vu sa célébrité grandir que dans ces derniers temps. Et encore les résultats obtenus n'ont-ils pu souvent être reproduits avec le même bonheur. Cela tient évidemment à la falsification du médicament.

L'huile de croton, jouissant de propriétés actives, est très-rare dans le commerce; on la reconnaît à sa couleur d'un jaune brun tirant sur le noir; sa consistance est moyenne entre celle de l'huile d'amandes douces et celle de l'huile de ricin; son odeur *sui generis* est désagréable et se rapproche de celle des euphorbiacées; sa saveur est âcre. Sa solubilité dans l'alcool permet de la distinguer de l'huile du pignon d'Inde.

Cette différence est d'autant plus importante à retenir que les résultats négatifs obtenus dans bien des circonstances étaient dus à ce que l'on employait l'huile de jatropha-curcas croyant agir avec l'huile de croton, ou bien encore à ce que l'huile de croton tiglium dont on faisait usage était préparée depuis trop peu de temps.

Ce médicament est précieux; partout où une dérivation prompte et durable est nécessaire, l'huile de croton doit être employée. A l'extérieur ses bons effets dans la sciatique, l'arthrite, la pleurodynie, la paralysie, les laryngites et les gastrites chroniques, ont été constatés par MM. Récamier, Andral et Bailly.

Le cas d'hydrocéphale rapporté par le journal anglais, en est un exemple de plus.

L'énergie purgative de l'huile de croton à l'intérieur n'est pas moins utile au praticien.

De toutes les formules dans lesquelles on a introduit le médicament, celle qui a le mieux réussi à M. Andral dans ses expériences à l'hôpital de la Pitié, est une goutte ou deux au plus dans une cuillerée de tisane.

(*Edimb. med. and. surg. Journal*, et *Rev. Med.*)

N° 48. — 21 Avril.

HOPITAL DE L'ÉCOLE.

Clinique médicale de M. Rostan.

Leçons sur les maladies des centres nerveux.

(Troisième article.)

Dans une séance précédente, M. Rostan avait démontré la multiplicité des organes encéphaliques appelés à présider aux mouvemens; passant à l'étude des phénomènes symptomatologiques, fournis par l'appréciation des actes intellectuels, il affirme que, dans le cerveau, on doit trouver des parties distinctes où siége l'intelligence. Galien, Descartes, Lapeyronie et d'autres, guidés par des opinions purement spéculatives, prétendirent localiser l'âme en un point déterminé de l'organe encéphalique.

MM. Delaye et Foville, marchant dans les voies déjà tracées par M. Rostan, opérant d'ailleurs sur un vaste théâtre, la Salpêtrière, où l'on a tant occasion d'observer les délires de toute espèce, cherchèrent à déterminer le siége des organes de l'intelligence, et, par de nombreuses nécropsies, purent se convaincre que la lésion de la substance corticale grise des circonvolutions cérébrales coïncide toujours avec un trouble des facultés intellectuelles.

M. Rostan a pu s'assurer fréquemment de la vérité de cette assertion, aussi n'hésite-t-il point à considérer les faits avancés par MM. Foville et Delaye comme positivement vrais.

Le professeur de la faculté n'a jamais vu de délire un peu intense et datant déjà de quelques jours, qui n'ait été accompagné de lésions plus ou moins remarquables de la substance corticale grise du cerveau. (Injection de la pulpe nerveuse des circonvolutions, son ramollissement, ses adhérences au tissu de l'arachnoïde.)

Les élèves qui suivent la clinique n'ont point oublié cette observation toute récente qui s'y est présentée, d'un homme affecté de pleurésie avec épanchement, qui fut pris, dans les salles, d'un délire aigu persistant, à

l'ouverture duquel on pût constater des altérations bien manifestes de la substance des circonvolutions et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Chargé pendant deux ans du service des femmes aliénées à l'hôpital de la Salpêtrière, M. Rostan n'a point trouvé d'exception à la proposition avancée par MM. Foville et Delaye.

Mais, dira-t-on, chez l'homme qui succombe dans un état d'ivresse, qui a présenté de nombreux troubles dans les facultés de l'intelligence, la substance cérébrale se montre le plus souvent intacte.

La médecine organique répond à cette objection, que d'abord des molécules alcooliques se trouvent en contact avec la substance nerveuse, dont l'existence est révélée par une odeur toute spéciale, caractéristique; qu'ensuite, sous l'influence d'excitans introduits dans l'organisme, la circulation en général, la circulation encéphalique en particulier, devient plus active, et doit nécessairement entraîner des modifications organiques capables de pervertir l'expression fonctionnelle du cerveau.

Des phénomènes analogues se montrent sous l'influence des préparations de café, dont l'infusion a reçu le nom de *boisson intellectuelle*, sous l'influence d'une foule d'autres substances qui ont une action semblable.

En résumé, on peut admettre comme véritable cette proposition, qui établit que toutes les fois qu'il y a trouble de l'intelligence, il existe une altération matérielle palpable, quelquefois difficile à saisir, de la substance grise des circonvolutions encéphaliques.

Une semblable assertion pourrait effaroucher les spiritualistes médecins qui se montrent aujourd'hui plus nombreux que jamais. Ils auraient tort cependant de sortir du calme de leur vie contemplative.

M. Rostan, dans la proposition qu'il soutient, prétend ne toucher en rien aux prérogatives de l'être immatériel, impérissable, indécomposable qui, sous le nom d'âme, est censé imprimer la vie à l'organisme humain.

Revenant sur la définition que l'on a donnée de ce principe, le professeur établit que l'âme ne peut être malade, que, partant, toutes les considérations auxquelles on se livre touchant les affections mentales, ne doivent point la considérer. L'immatérialité même du principe animateur le place au-dessus des atteintes morbifiques, le met en dehors de toutes les modifications de l'organisme humain.

Un professeur distingué d'une des facultés de médecine de notre pays, connu par des recherches savantes sur les maladies du cerveau, a considéré le délire comme appartenant spécialement aux maladies de l'arachnoïde.

Sa pensée, mal comprise, a dû jeter quelque obscurité sur le sujet qui nous occupe; aussi M. Rostan a-t-il cru devoir donner quelques développemens à ce sujet.

Il nie que les méninges puissent être le siége du délire, et s'explique la manifestation de ce symptôme dans les cas d'arachnitis, par la propagation de l'irritation méningienne à la substance grise des circonvolutions.

Sans refuser aux recherches de Gall le tribut d'admiration qu'elles méritent de tout homme ami de la science, M. Rostan hésite à penser cependant que la phrénologie ait atteint le degré de certitude que quelques-uns de ses fauteurs lui attribuent.

La carrière est encore largement ouverte à quiconque se proposerait de localiser les fonctions du cerveau.

La diminution des fonctions de l'intelligence arrive dans tous les cas où il y a lésion, compression de la substance encéphalique. On a dit que l'hémorrhagie cérébrale doit toujours entraîner un trouble des actes intellectuels; qu'au contraire, dans le ramollissement du cerveau, cette perversion fonctionnelle n'a point lieu. En soutenant la proposition absolument opposée, on aurait parlé le langage de la vérité. Toujours, suivant M. Rostan, qui peut apporter, plus que qui que ce soit, des faits à l'appui de son dire, toujours dans le ramollissement du cerveau, les facultés de l'intelligence sont troublées, ce qui arrive bien plus rarement dans l'hémorrhagie de cet organe.

Le professeur analyse sommairement les différentes affections qui peuvent déterminer la perte momentanée ou persistante de l'intelligence.

Dans cette revue, il signale successivement les différentes affections que nous avons mentionnées en traitant du trouble des facultés motrices. Nous ne reviendrons point sur ce sujet, qui d'ailleurs sera traité plus au long lorsque nous nous occuperons de l'histoire de chacune de ces affections en particulier.

Il faut, en général, pour le diagnostic, attacher moins d'importance à la forme du délire, qui peut être taciturne ou bruyant, gai ou triste, calme ou emporté, qu'au moment de son apparition et à sa durée.

Il importe surtout au médecin de déterminer si le délire prend son point de départ dans une lésion émanant directement du cerveau ou d'un organe plus ou moins éloigné; il lui faut surtout, pour baser convenablement le traitement à mettre en usage, établir si le trouble de l'intelligence est idiopathique ou sympathique. C'est pour arriver à la solution de ce problème difficile que M. Rostan pose en thèse générale que le délire est sympathique quand une maladie aiguë et récente, siégeant en dehors de la cavité crânienne, a précédé de quelques jours l'invasion des accidens cérébraux; qu'au contraire, il est idiopathique, lorsque, précédant toute autre perversion fonctionnelle, il se manifeste alors que tous les organes, le cerveau excepté, semblent exempts d'altération profonde.

Il est inutile d'insister longuement pour démontrer que cette assertion, vraie en général, peut cependant rencontrer d'assez nombreuses exceptions.

M. Rostan termine en donnant comme signe diagnostique du délire simple et de l'aliénation mentale, l'absence de phénomènes fébriles qu'il est commun de rencontrer dans le dernier cas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

N° 49. — 23 Avril.

Observation intéressante de décoloration du sang; par M. Sion, médecin à Clichy-la-Garenne, près Paris. — *Analyse du sang;* par M. Lecanu, professeur à l'école de pharmacie.

A Monsieur le docteur Fabre, Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Je viens de terminer l'examen du sang que vous m'aviez prié d'analyser, et qui vous avait été envoyé par M. Sion, médecin à Clichy-la-Garenne.

Le détail des circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi l'extraction de ce sang, m'a été transmis par M. le docteur Duplanty, d'Ecouen, qui a eu l'extrême obligeance de recueillir, tant auprès du malade qu'auprès de M. Sion lui-même, les renseignemens suivans.

Le sieur Lecourt, ancien militaire, actuellement blanchisseur à Clichy-la-Garenne, route de Paris, n° 21, fut pris, le 4 mars dernier, à la suite d'une partie de plaisir accompagnée peut-être de quelques excès, d'un malaise général et d'une grande suffocation.

Vers les deux heures du matin, après une forte quinte de toux, il vomit une assez grande quantité de sang, et vers les six heures, une plus grande quantité. Ce second vomissement l'ayant grandement soulagé, il se disposait à sortir, lorsque la suffocation, devenue plus intense, l'obligea à réclamer les soins de M. Sion, médecin dans le pays. Celui-ci jugea convenable de lui pratiquer une saignée, et c'est à la suite de cette saignée que fut recueilli le liquide que vous m'avez fait remettre, et que M. Sion compare à du lait dans lequel on aurait mis quelque peu de sang. Le malade avait lui-même remarqué une semblable teinte laiteuse dans le sang précédemment rendu par lui quelques instans après le vomissement, ce qui lui avait alors fait penser que pour le dissimuler on y avait mêlé du lait.

Le soir, M. Sion fit appliquer 15 sangsues, qui rendirent encore un sang laiteux.

Six jours après, une nouvelle saignée fut pratiquée; mais cette fois, le sang, sauf une décoloration très sensible, parut à l'état normal; et aujourd'hui (11 avril), le malade, rétabli, ne présente plus qu'une teinte ictérique générale très prononcée.

Le sang sur lequel j'ai opéré offrait un aspect particulier que l'on ne peut mieux comparer, ainsi que vous l'aviez fait dans votre lettre d'envoi, qu'à celui d'une bavaroise légèrement rosée. Par le repos, il a déposé des traces de matière colorante dont la fibrine paraissait avoir disparu, car on ne la retrouvait pas à la surface du linge sur lequel le dépôt avait été recueilli puis lavé, et au-dessus de ce dépôt a laissé se rassembler un liquide opaque ressemblant à du lait ou à une émulsion très chargée.

Ce liquide, décanté à l'aide d'une pipette, pesait 124 grammes; il était sans odeur et sans saveur remarquables, alcalin aux réactifs colorés; l'addition de l'eau distillée, celle de l'ammoniaque liquide ou de l'eau de potasse ne l'éclaircissait point.

La chaleur, l'alcool et l'acétate de plomb liquide, l'acide hydrochlorique, l'acide nitrique le troublaient plus ou moins abondamment, de même que le sérum à l'état normal; mais tandis que celui-ci, coagulé par la chaleur, l'alcool, les acides hydrochlorique et nitrique, laisse venir à la surface des dépôts formés un liquide transparent; dans les mêmes circonstances, le sérum que nous examinons restait laiteux.

L'ayant coagulé et desséché complètement au bain-marie, il a perdu 99,25 de son poids, et a laissé un résidu pesant 25,60 : ce résidu, épuisé successivement par l'éther, l'alcool et l'eau distillée, s'est réduit à 7,50, ayant cédé :

A l'éther,	14,75
A l'alcool, et à l'eau,	3,35

Examen des matières enlevées par l'éther.

La matière enlevée par l'éther, puis retirée par l'évaporation au bain-marie de leur solution éthérée, était jaunâtre, demi-solide, d'odeur fade, de saveur désagréable.

Elle a cédé :

1° *A l'alcool du commerce froid*, une matière grasse sensiblement insoluble dans l'eau, mais formant émulsion avec elle, soluble dans l'alcool à 25° et dans l'éther en leur communiquant des propriétés acides (sans doute savon acide de Berzelius.)

2° *A l'alcool marquant* 97° *alcoométrique*, et bouillant, 0,135 de matière cristalline, fusible au-dessus de 100°, sensiblement insoluble dans l'alcool du commerce froid, beaucoup plus soluble dans cet alcool bouillant, et par le refroidissement s'en précipitant en petites lames nâcrées, très-soluble à froid dans l'éther; neutre aux réactifs colorés (sans doute cholesterine, car la matière grasse du cerveau, signalée dans le sang par M. Chevreul, est, d'après M. Couerbe, infusible et insoluble dans l'éther).

3° *A l'éther froid*, une matière de consistance d'axonge, très-fusible, très-peu soluble dans l'alcool du commerce, et dans l'alcool à 97° alcoométrique même à chaud; par le refroidissement s'en déposant presqu'en totalité en flocons blancs neigeux.

Très-soluble dans l'éther froid, neutre aux réactifs colorés, soluble à chaud dans l'eau de potasse, avec laquelle elle produisait un véritable savon à son tour soluble dans l'eau, et décomposable par l'acide hydrochlorique qui en séparait une matière grasse demi-liquide à la température ordinaire; décomposable par la chaleur comme toutes les matières grasses, mais sans produire des vapeurs ammoniacales, et sans laisser de résidu acide comme le fait la matière grasse du cerveau.

Susceptible par la pression entre des feuilles de papier non collé, d'être départagée en deux nouvelles matières, l'une liquide et huileuse, l'autre solide.

Présentant enfin les principaux caractères d'un mélange d'oléine et de margarine, à cette différence près toutefois, qu'elle était infiniment moins soluble dans l'alcool concentré bouillant, que ne l'est par exemple l'axonge.

4° *A l'éther bouillant*, une matière solide, blanche, fusible à 155° c., sensiblement insoluble dans l'éther froid, très-soluble dans l'éther bouillant dont elle se déposait par le refroidissement, en plaques, que la pression rendait nacrées.

Sensiblement insoluble dans l'alcool du commerce à froid et à chaud, et dans l'alcool à 95° alcoométrique froid; neutre aux réactifs colorés.

Ne laissant à la surface d'une lame de platine sur laquelle on la chauffait aucun résidu salin, et pendant sa décomposition ignée répandant une odeur de graisse brûlée.

Formant à chaud, avec l'eau de potasse concentrée, une dissolution complète, épaisse et filante à l'état concentré; décomposable par l'acide hydrochlorique qui en séparait des flocons blancs (sans doute stéarine.)

Examen des matières enlevées par l'alcool et par l'eau.

Quant aux matières que l'alcool et l'eau distillée ont enlevées au sérum desséché et préalablement épuisé par l'éther de tous les principes solubles dans ce véhicule, elles étaient un mélange de sels et de matières extractives, que leur petite quantité ne m'a pas permis d'étudier.

Il résulte de ce qui précède, que le sang soumis à l'analyse contenait sur 1000 parties :

Eau,		794,0
Albumine,		64,0
Matières grasses :		
Savon acide,		
Cholesterine,	1,08	
Oléine,		117
Margarine,		
Stéarine,		
Sels et matières extractives,		25
Matière colorante des traces,		
		1000

Dans ce sang donc :

L'eau se trouvait sensiblement dans les mêmes proportions, relativement aux matières fixes, que dans le sang à l'état normal.

L'albumine se trouvait à peu près aussi dans la même proportion que dans le sang normal.

La fibrine et surtout la matière colorante avaient au contraire presque complètement disparu.

Les globules y étaient remplacés par une quantité correspondante de matières grasses, parmi lesquelles le savon acide de la cholesterine existent dans le sang d'individus sains; tandis que l'oléine, la margarine et la stéarine n'existent pas, ou du moins n'y ont point encore été signalées.

C'est évidemment à la présence en grande proportion de ces matières grasses, tenues en suspension dans le liquide aqueux, à la faveur de l'albumine, qu'il faut attribuer l'aspect émulsif si remarquable que présentait le sang mis en expérience.

N. B. M. Caventou, qui déjà a eu l'occasion d'examiner un sang laiteux (Journ. de Phys., t. XIV, p. 627), a conclu de ses essais que l'aspect particulier de ce sang était dû à la présence d'une matière albumineuse distincte de l'albumine du sérum ordinaire. Je ferai toutefois à cet égard remarquer que la plupart des propriétés que lui a présentées le sang examiné, notamment l'impossibilité d'en séparer par la filtration la matière blanche, de le coaguler complètement par les acides et par l'alcool, de le dissoudre dans les alcalis caustiques, s'accordent avec l'existence dans le liquide de matières grasses en suspension, et que pourtant M. Caventou aurait peut-être rencontré une proportion de matières grasses plus grande qu'elle ne l'est d'ordinaire dans le sang normal, si la quantité de sang sur laquelle il opérait lui eût permis d'en faire une analyse plus complète.

Agréez, etc.,

LE CANU.

Paris, le 18 avril 1835.

— C'est à M. Raspail, dans sa chimie organique, que l'on doit d'avoir rappelé ce fait curieux; voici l'explication qu'il donne à ce sujet, page 380.

« Le journal général de médecine publia en 1829, une observation intéressante, mais dont on ne se rendit pas compte, sur un phénomène que présenta le sang d'un homme qui venait d'éprouver des vertiges. Ce sang, au sortir de la veine, était trouble, d'un rouge clair, sale, et devenait marbré et rouge blanchâtre, à mesure qu'il se refroidissait dans la cuvette. Quelques gouttes qui tombaient sur le carreau blanchissaient en peu d'instans, et prenaient l'aspect du chocolat au lait; au bout d'une demi-heure, il s'était formé un caillot d'un volume médiocre, nageant dans une grande quantité d'un fluide blanc et opaque, tout-à-fait semblable à du lait.

« Les médecins et les chimistes furent bien embarrassés pour expliquer ce phénomène, qui pourtant était susceptible d'une explication bien facile (1). Sous l'influence, ou en l'absence de l'une des causes qui président à la circulation, il s'était formé un acide, qui, saturant le menstrue alcalin de l'albumine, avait occasioné la coagulation de celle-ci; or, cette coagulation informe n'avait pu s'opérer sans masquer la couleur du sang et la rendre rosée, et sans donner au *sérum* l'aspect du lait (54,858). Dans cette hypothèse, le *sérum* ne devait plus contenir d'albumine; voilà

(1) Annales des sciences d'observations, t. II, p. 221. — 1829.

pourquoi M. Caventou n'y en a pas trouvé, *à son grand étonnement ;* car en chimie, comme partout ailleurs, *non bis in idem.* Or, la présence d'un acide libre dans ce sang était rendue évidente par l'action de ce liquide sur le carreau de l'appartement, et les papiers réactifs l'auraient encore mieux constatée, si on en eût fait usage à l'instant même. »

M. Raspail, avec sa sagacité ordinaire, semble ensuite prévoir le fait actuel, et indique les causes capables de produire cette décoloration du sang ; on a vu que c'est en effet à une de ces causes qu'est due l'affection du malade dont nous parlons.

« L'excès des boissons alcooliques, ou les progrès d'une inflammation, sont capables de produire sur le sang des effets analogues à ceux que l'observation précédente a signalés. » (Ibid., page 381).

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Service de M. Blandin.

Phlébite à la suite de l'amputation partielle du pied ; mort ; réflexions générales, par M. Théry.

Le sujet qui a servi de texte à cette leçon est un malheureux jeune homme qui, quelques jours auparavant, avait subi l'amputation partielle du pied, suivant la méthode de Chopart, dans d'assez mauvaises circonstances. Huit jours après cette opération, il avait été pris tout-à-coup d'un frisson violent avec claquemens de dents, agitation de tout son corps, douleurs vives et profondes dans tout le mollet du côté de l'opération. Dès ce moment M. Blandin avait diagnostiqué : phlébite des veines plantaires et latérale postérieure, commencement d'infection purulente ; et il avait annoncé la terminaison funeste qu'amèneraient ces accidens. Ce pronostic, trop certain, ne tarda pas à se réaliser, le malade succomba. Les veines plantaires et la tibiale postérieure étaient remplies d'un pus jaune, phlegmoneux, qui contrastait avec la sanie qui s'était écoulée de la plaie pendant la vie. La veine tibiale postérieure ne contenait du pus que jusqu'à la réunion de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Au-dessus de ce point, elle était oblitérée par des caillots ; plusieurs petites veines collatérales renfermaient une matière purulente de même nature que celle des veines indiquées. Les parois de la veine tibiale postérieure étaient raides, épaisses, d'un blanc terne à l'intérieur, injectées à l'extérieur ; des plaques blanchâtres apparaissaient dans leur épaisseur, et la dissection démontrait que ces plaques étaient formées par du pus placé entre la membrane externe et la membrane moyenne. Dans la veine poplitée, dans la fémorale et dans tout le reste du système veineux, on trouvait du sang d'un noir foncé, coagulé dans quelques points seulement en masses grumeleuses analogues à de la mélasse ; les poumons étaient remplis de masses jaunâtres, formées par du pus infiltré dans le tissu pulmonaire. Ces masses étaient très-exactement circonscrites ; elles affectaient plus spécialement le lobe inférieur et les parties postérieure et inférieure de ce lobe ; elles se rencontraient surtout à la surface des poumons, et étaient plus nombreuses dans le droit que dans le gauche. Au niveau des ces productions, le tissu pulmonaire était mou, friable ; il présentait les caractères de l'hépatisation grise. Une auréole brunâtre, formée par du sang infiltré, entourait les parties affectées. Les autres organes n'offraient que fort peu d'altérations ; et ces altérations, du reste, n'avaient rien des caractères remarquables de toutes celles qui viennent d'être mentionnées.

Après avoir montré toutes ces lésions sur le cadavre, M. Blandin a analysé les circonstances de cette observation avec un soin particulier, et s'est élevé à des considérations fort étendues sur cette phlébite et sur la phlébite en général.

Du pus existait dans les veines plantaires et tibiale de notre malade, à-t-il dit ; par conséquent vous avez dû vous demander, et tout le monde, en semblable cas, doit se faire cette question : par quelle voie cette matière est-elle arrivée? On ne peut comprendre que de deux manières la présence du pus dans les veines : ou bien il y est parvenu par absorption, ou bien il s'y est formé, de toutes pièces, sous l'influence d'une inflammation des parois de ces vaisseaux. Dans le cas présent, nous soutenons que le pus n'a pas été absorbé, mais qu'il a été produit de toutes pièces, à l'intérieur des veines, par une véritable phlébite.

Ici le pus n'a pas été absorbé, 1° parce qu'il obstruait certains vaisseaux ; des fluides peuvent passer par voie d'absorption dans le système vasculaire, mais ils circulent mélangés aux fluides nutritifs, sans produire une obstruction véritable. Vainement citerait-on contre cette théorie les expériences faites par M. Cruveilhier, expériences dans lesquelles ce professeur ayant injecté du mercure dans les veines, l'a vu obstruer les radicules des veines pulmonaires ? Dans ce cas le mercure n'avait pas été absorbé ; on ne voit pas ce corps produire l'obstruction des veines pulmonaires, quand il est introduit dans l'organisation par le procédé des frictions napolitaines. Où en serions-nous, si les liquides soumis continuellement à l'absorption pouvaient obstruer les vaisseaux par leur transport à l'intérieur de ceux-ci ? 2° Quand l'absorption du pus a lieu, elle ne constitue pas un fait grave, car on voit tous les jours des abcès disparaître sans qu'il en résulte d'accidens ; comment donc chez notre malade cette absorption eût-elle déterminé des phénomènes mortels ? 3° Quand le pus est absorbé, il est décomposé par les vaisseaux ; sa partie séreuse est d'abord emportée, et ensuite, mais seulement ensuite, ses autres élémens disparaissent : aussi voit-on se condenser et disparaître certaines collections purulentes de la plèvre, de l'abdomen, certains abcès dans différentes parties du corps. Comment aurions-nous donc trouvé le pus en nature dans les veines de notre malheureux opéré, si l'absorption purulente s'opère de cette manière?

Du reste, ajoute M. Blandin, quand le pus ne serait décomposé en même temps qu'absorbé, il ne serait pas plus facile pour cela de le trouver à l'état de pureté dans les veines, comme cela avait lieu dans ce cas particulier : en effet, les procédés de l'absorption sont nécessairement lents ; c'est molécule à molécule que le pus passe dans les vaisseaux ; par conséquent, entraîné immédiatement par les courans sanguins, les pus se mêlerait intimement avec le sang, et n'apparaîtrait nulle part dégagé de combinaison avec ce fluide.

Si le pus que nous avons trouvé dans les veines plantaires avait été absorbé, il l'eût été sur la surface du moignon, et comme le moignon n'a jamais présenté qu'un pus sanieux, nous eussions dû rencontrer une matière semblable dans cette veine, au lieu du pus jaune et crêmeux qui y existait.

Maréchal avait bien compris toutes les objections qu'on peut faire à la théorie de l'absorption ; il avait senti que la doctrine de la résorption purulente ne pouvait rester debout, appuyée sur une base aussi attaquable ; aussi avait-il soutenu, dans les derniers temps de sa vie, qu'à la suite des opérations, ce n'est pas par l'absorption ordinaire que le pus pénètre les veines, mais qu'il y est attiré à chaque inspiration par les extrémités de ces vaisseaux qui y sont béantes à la surface de la plaie. Mais, ajoute M. Blandin, cette théorie nouvelle réunit contre elle autant d'impossibilité que la première. En effet, les veines divisées à la surface d'une plaie s'oblitèrent promptement par des caillots, et elles étaient oblitérées depuis long-temps sur notre malheureux opéré.

Ce n'est que quelques instans après leur division, que ces vaisseaux pourraient réunir les conditions propres à permettre l'absorption de se faire suivant ce mécanisme ; mais à ce moment la plaie ne suppure pas par conséquent il ne se fait pas d'absorption de pus ; et en outre, pour ce qui concerne notre malade, nous le répétons, le pus des veines ne ressemblait en rien au pus qui s'était écoulé pendant la vie de la surface de la plaie ; donc il n'avait pu venir de cette source.

Tout dans le cas dont il s'agit se réunit au contraire pour établir que le pus a été formé de toutes pièces dans les veines : il y était à l'état de pureté, il obstruait ces vaisseaux ; les parois veineuses étaient ternes, raides, injectées à leur surface externe ; en outre, du pus, qui n'avait certes pas été absorbé, occupait l'intervalle de la tunique interne et de la tunique moyenne.

N° 50. — 25 Avril.

HOPITAL DE L'ÉCOLE.

Clinique médicale de M. Rostan.

Leçons sur les maladies des centres nerveux.

(QUATRIÈME ARTICLE.)

Lésions de la sensibilité.

Avant de décrire les différentes modifications que la sensibilité peut éprouver dans les maladies des centres nerveux, il semble convenable, dans l'esprit de la médecine organique, de rechercher quel organe ou quelle portion d'organe préside à l'accomplissement de cette fonction importante. Et d'abord il est indispensable de se demander s'il existe un organe distinct appartenant spécialement à la sensibilité.

Les observateurs ont constaté de tout temps que le mouvement peut être lésé indépendamment de la sensibilité ; que cette dernière fonction peut être abolie alors que la motilité persiste cependant. De-là il est permis de conclure qu'il existe un organe distinct chargé de déterminer les phénomènes de sensibilité.

Cette circonstance a donné lieu à des recherches nombreuses, entreprises dans le but de trouver dans les centres nerveux l'organe qui est propre à la fonction qui nous occupe. On a établi que la partie postérieure de la moelle épinière, que le cervelet communiquant avec cette partie par les corps restiformes, entrent pour beaucoup dans la production des actes de la sensibilité. Des faits nombreux, convenablement observés, ont singulièrement appuyé cette proposition ; mais des observations contradictoires ont été émises, qui commandent encore le doute dans l'état actuel de la science.

Cependant on ne saurait nier qu'il existe des nerfs pour la sensibilité comme pour le mouvement, que ces nerfs tirent leur origine d'un point particulier des centres nerveux ; aussi faut-il admettre qu'il existe un organe distinct appelé à déterminer les phénomènes de la sensibilité.

Après quelques considérations fort curieuses sur la physiologie du cerveau, M. Rostan passe à l'étude des perversions de la sensibilité dans les maladies. Il reconnaît que la perte du mouvement est plus fréquente que l'abolition de la sensibilité. Il rappelle que cette lésion de la sensibilité peut dépendre d'une modification de l'extrémité tactile, de l'organe conducteur ou du centre de perception.

Dans quelques maladies des centres nerveux, il y a exaltation de la sensibilité. Ce phénomène n'est point rare chez les sujets hypochondriaques, chez les femmes hystériques, etc.

On peut encore l'observer dans d'autres cas. Ainsi, M. Rostan a donné pendant long-temps des soins à un monsieur qui, affecté de céphalalgie intense et d'hémiplégie, présentait une exaltation notable de la sensibilité du côté paralysé, compliquée d'un état persistant de rougeur de la surface cutanée de ce côté seulement. L'autopsie cadavérique mettra en évidence, chez ce sujet, une altération manifeste de la substance encéphalique ; mais il serait assez difficile, dans l'état actuel de la science, et d'après l'exaltation seule de la sensibilité, de préciser d'une manière formelle le siége et la nature de cette altération.

Les modifications nombreuses que la sensibilité peut subir dans les maladies encéphaliques, suffisent cependant quelquefois à l'établissement du diagnostic. Ainsi, les douleurs lancinantes de la tête, des douleurs semblablement caractérisées affectant le membre paralysé, pourront faire diagnostiquer cette affection du cerveau, du ramollissement de cet organe.

La diminution, l'abolition de la sensibilité, caractérisent toujours un état de compression de l'encéphale, et suivant que ces phénomènes se montrent généraux ou partiels, on peut statuer sur l'étendue de l'altération encéphalique.

On a constaté quelquefois la perte de la sensibilité dans un point particulier du tronc, sans aucun désordre fonctionnel. L'explication de ces faits paraît assez difficile à donner ; cependant, il semble qu'il peut être plutôt rapporté à une lésion d'un cordon nerveux qu'à une altération de l'encéphale.

M. Rostan rapporte à ce sujet une observation curieuse qui peut trouver ici sa place.

Une jeune dame résidant au Brésil fait une chute de cheval, mais elle ne se rappelle pas les circonstances qui ont accompagné cette chute. Elle est aussitôt prise de violentes douleurs à la région lombaire, de battemens incommodes vers l'épigastre ; aussi ; elle remarque une perte absolue de la sensibilité à la face externe de la cuisse droite. Elle tente différens moyens dans l'intention de porter remède à ces accidens : tout échoue, et c'est alors qu'elle se décide à venir en France. M. Rostan trouve le diagnostic d'un semblable cas assez difficile ; le mal émane probablement ici d'une altération complexe ; et quoique l'on semble en droit d'attribuer les principaux accidens à une myélite, la perte de sensibilité de la cuisse semble devoir être plus particulièrement attribuée à la lésion d'un cordon nerveux.

M. Rostan a terminé cette intéressante leçon par des considérations générales sur la douleur.

Le peu d'étendue que nous pouvons accorder à ces résumés, nous oblige à confondre ces considérations avec l'histoire des maladies particulières de l'encéphale, à l'étude desquelles M. Rostan consacrera désormais ses leçons.

OBSERVATION DE DÉCOLORATION DU SANG.

Nouveaux détails fournis par M. le docteur Sion.

Depuis la publication de ce fait si curieux auquel nous avons joint l'analyse du sang (*voyez* le dernier numéro), nous avons reçu de M. le docteur Sion la lettre suivante, qui contient des détails plus étendus ; nous croyons utile des les publier ; M. Sion nous les a adressés, à ce qu'il paraît, par le malade lui-même, qui ne s'est pas présenté.

« Le 5 mars dernier, le nommé Lecourt, âgé de 48 ans, profession de blanchisseur, demeurant à Clichy-la-Garenne, rue de Paris, n° 21, se présenta chez moi pour réclamer mes soins. Il éprouvait une gêne extrême dans l'acte de la respiration ; il pouvait à peine se tenir debout : son teint était d'un jaune-cuivre, l'œil terne, la bouche ouverte, les orifices du nez dilatés. Il avait des tintemens d'oreilles ; les extrémités inférieures étaient affectées de crampes. Le malade me dit que l'invasion de sa maladie avait eu lieu vers deux heures du matin, que depuis il avait rendu du sang par le nez et par la bouche, et plusieurs déjections alvines qui l'avaient soulagé d'abord ; mais que bientôt après ses souffrances étaient revenues avec plus d'intensité ; que des souffrances telles l'avaient réduit à l'état où je le voyais ; qu'il ne pouvait plus y tenir. Ses plaintes étaient tellement expressives, que je dus à l'instant même l'examiner avec soin.

La peau était chaude, d'une chaleur âpre repoussante ; les battemens de l'artère radiale étaient remplacés par un frémissement presque insensible ; les mouvemens du cœur étaient confus, tumultueux ; la respiration presque nulle ; l'air n'avait accès qu'à l'entrée des bronches. Le temps était précieux ; et la saignée indiquée, sans perdre un instant, j'ouvris la veine médiane-basilique ; mais jugez, mon cher docteur, quel fut mon étonnement et la surprise du malade et des spectateurs, en voyant sortir de la veine un sang blanc comme du lait. Le temps que la veine resta ouverte le sang continua à jaillir avec force, et sa couleur blanche resta la même : cette saignée fut de 20 onces. Au fur et à mesure que l'évacuation s'apaisait la respiration devenait plus facile, les crampes plus supportables ; l'œil se ranimait ; la chaleur de la peau devint halitueuse ; les mouvemens du cœur devinrent moins confus, plus appréciables. A l'instant que je fermai la saignée, les pulsations pe l'artère radiale étaient à 140 par minute.

Je fis placer le malade dans un lit ; on appliqua sur ses jambes des cataplasmes chauds composés de quatre parties de farine de graine de lin et une partie de farine de moutarde.

Trois heures après l'emploi de ces moyens, les pulsations des artères étaient isochrônes aux contractions du cœur ; mais la respiration était encore gênée.

A quatre heures du soir, je crus prudent de faire appliquer 15 sangsues à l'épigastre ; cette saignée locale fut copieuse et améliora sensiblement la respiration (1). Je fis répéter l'application des cataplasmes sur les extrémités inférieures. Pour boisson je conseillai une décoction d'écorce de quinquina et d'écorce d'orange. Diète rigoureuse.

Le malade se soumit à tout ce que je voulus, avec cette résignation qui n'appartient qu'à ceux qui ont peur de mourir et qui voient la mort de près ; mais aussi, dès le septième jour de traitement il était en convalescence.

Le onzième jour de la maladie, je croyais mon malade guéri, lorsqu'il survint une gêne légère de la respiration ; je pratiquai une saignée du bras, et depuis, le malade a repris ses occupations ordinaires. Aujourd'hui il jouit d'une santé aussi bonne qu'il peut

---

(1) Le sang sorti par les morsures des sangsues était de la même couleur et de la même consistance que celui sorti de la veine. Je garde les sangsues dans un bocal ; jusqu'à ce jour aucune d'elles n'est morte.

désirer; dans l'intention que vous puissiez le voir et l'entendre, c'est lui qui est chargé de vous remettre la présente.

Je dois vous dire un mot des commémoratifs chez M. Lecourt. C'est un sujet fortement constitué; sa mère est âgée de 63 ans, jouit d'une bonne santé; son père était un homme robuste, mort accidentellement à l'âge de 36 ans. Lui M. Lecourt, sous Napoléon, il a éprouvé les fatigues de la guerre d'Espagne, durant laquelle il a eu une fièvre intermittente qui a duré plusieurs mois. Depuis son retour dans ses foyers, il a eu plusieurs maladies; dans toutes, les symptômes bilieux étaient les prédominans. En 1832, il a eu le choléra au troisième degré; en 1834, il a eu une fièvre quarte bilieuse, qui n'a eu que peu de durée. M. Lecourt est d'un caractère doux; sa nourriture très-commune; il boit du vin avec assez de modération; constamment il se livre à son état.

J'ai dû me faire les questions suivantes : Sans causes connues, en l'absence de tous prodrômes précurseurs, M. Lecourt a eu successivement deux vomissemens de sang, une hémorrhagie nasale et plusieurs déjections alvines, dans la nuit du 3 au 4 mars dernier; il a éprouvé des crampes aux extrémités inférieures. Le malade était dans un état qui laissait entrevoir une terminaison funeste; et cependant, au moyen d'une saignée, tous les accidens ont disparu comme par enchantement.

Quelle est donc cette maladie? Quelle en est la cause? D'où vient la cause que le sang rendu par le nez, par la bouche, par l'ouverture de la veine du bras et par les morsures des sangsues est blanc? Serait-ce le choléra, maladie cruelle qui sévit avec tant de force sur la personne qui nous occupe, qui serait la cause de l'altération de son sang? Non, car en 1834, je pratiquai une saignée au bras droit de M. Lecourt, le sang était dans un état normal. Pourrait-on croire que le changement de couleur apporté au sang est la suite de la fièvre quarte dont il a été affecté en 1834? Non, car le 20 février dernier, mon malade, accidentellement, se fit une plaie au bras, le sang qui en sortit était très-ordinaire.

Dans l'impossibilité d'indiquer la cause d'un tel phénomène, je le soumets à la méditation de plus éclairés que moi; je vous ai envoyé le sang tel qu'il est sorti de la veine, et je vous envoie le malade afin que vous puissiez le voir et lui adresser les questions que vous jugerez convenables.

Agréez, etc.,

SION, D.-M.-P.

Clichy, ce 22 avril 1835.

Nota. Dans la saignée du 4, le poids du sang était de 20 onces; le caillot fut évalué du poids d'une demi-once, contenue dans une pellicule, qui se rompit au premier mouvement donné au vaisseau qui le contenait : ce caillot était de couleur ardoise.

La saignée faite le onzième jour de la maladie fut du poids de dix onces; le caillot du poids du total du liquide était de couleur rouge, marbré de stries blanchâtres, rares et ténues.

N° 51. — 28 AVRIL.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Clinique de M. LISFRANC.

Exostoses.

Les auteurs sont divisés, dit M. Lisfranc, sur les causes des exostoses; les uns les attribuent à des causes internes, l'action d'un vice ou d'un virus, et n'admettent d'exostose possible après un coup direct que si une complication de ce genre coexiste. En mettant de côté les cas d'exostose vénérienne, M. Lisfranc admet bien que le plus souvent une cause interne coexiste avec une violence extérieure; mais il a vu un assez grand nombre d'exemples d'exostose survenue à la suite d'un coup sans que le malade eut jamais présenté des signes de scorbut, de scrofules, de syphilis, de rhumatisme, pour ne pas être convaincu que ces tuméfactions osseuses peuvent se développer exclusivement à la suite de causes extérieures.

Quant à la nature elle-même de cette affection, les auteurs ne sont pas moins divisés: les uns prétendent que toute exostose est inflammatoire, d'autres que l'inflammation est tout-à-fait étrangère au développement osseux.

C'est encore dans un éclectisme raisonné que se range M. Lisfranc; ainsi ayant observé un grand nombre de fois des exostoses avec et sans symptômes inflammatoires, force lui est d'admettre deux espèces de ces tumeurs des os, les unes avec, les autres sans inflammation. Les preuves de la vérité de cette opinion peuvent être tirées, 1° de la pathologie; 2° de l'anatomie pathologique; 3° de la thérapeutique.

1° Les preuves tirées de la pathologie consistent dans les douleurs plus ou moins vives que les malades éprouvent soit naturellement, soit par suite d'une pression exercée sur le point affecté, et dans la caloricité plus grande de cette partie. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a ni augmentation de sensibilité, ni accroissement de la caloricité.

2° L'anatomie pathologique, outre le volume, démontre que dans certains cas le tissu de l'exostose paraît quand on le scie, plus injecté, plus rouge qu'à l'ordinaire et sensiblement ramolli; ces caractères se rencontrent quelquefois même dans les exostoses dites éburnées; M. Lisfranc en a montré dernièrement un exemple remarquable à l'académie. Dans d'autres cas, au contraire, le volume est le seul caractère de la maladie: le tissu osseux n'est ni injecté ni ramolli.

3° Le troisième ordre de preuves que M. Lisfranc apporte, est tiré de la thérapeutique. Dans les cas où le volume se joint a la douleur et à l'accroissement de

la caloricité dans la peau, les antiphlogistiques, les saignées locales à fréquentes reprises et modérées, parviennent assez souvent à calmer les douleurs et à diminuer le volume. Elles sont inutiles au contraire et sans aucun effet quand les douleurs sont nulles, quand la caloricité est normale. C'est alors aux fondans, aux excitans qu'il faut avoir recours, et leur usage est fréquemment suivi d'avantages marqués. Les excitans, les fondans sont par contre nuisibles, lorsque l'exostose présente des signes d'inflammation.

Un malade qui est dans les salles, et qui porte sur les côtes une exostose assez volumineuse, a été soulagé par les saignées; la tumeur a diminué évidemment depuis son séjour à l'hôpital.

M. Lisfranc cite encore l'exemple de M. Galvet, rue des Beaux-Arts, atteint d'une exostose volumineuse dans l'aisselle, sur le point de départ de laquelle il y a doute; des chirurgiens la croient développée sur le scapulum, d'autres sur les côtes. Le malade y éprouvait des douleurs peu vives, la caloricité était augmentée; les saignées locales, les cataplasmes, traitement que M. Lisfranc a eu de la peine à faire adopter, ont apporté du soulagement, et la tumeur a perdu un tiers environ de son volume.

Il est inutile d'ajouter qu'une fois les symptômes inflammatoires passés, on peut, si le malade le désire, et si on le juge convenable, découvrir et scier ce qui reste de la tumeur.

Polypes de l'utérus.

Polypes cellulo vasculaires. Après avoir rappelé avec beaucoup de convenance les services rendus à la science sur ce sujet par Dupuytren, M. Lisfranc croit devoir ajouter quelques observations qui lui sont propres.

Ainsi, il fait observer que ces polypes cellulo-vasculaires développés dans le col de l'utérus, sont quelquefois très-petits et échappent aisément à un examen peu attentif. Le doigt peut les sentir parfaitement, et cependant le spéculum ne pas les faire découvrir; cela tient à ce que par momens ils s'appliquent exactement sur la membrane interne du col, d'où ils tirent leur origine; il faut alors titiller le col avec un petit bâtonnet, et on les voit bientôt redescendre ou se relever.

La cautérisation ne lui paraît par convenir pour la destruction des polypes; elle n'est utile que contre les exulcérations du col qui les accompagnent quelquefois, et qui peuvent être la suite de leur extirpation.

On doit les enlever en les tordant sur eux-mêmes et par arrachement.

Ces polypes sont, du reste, sujets à tomber d'eux-mêmes, comme on sait que cela arrive quelquefois pour les polypes considérables. Aussi convient il, avant de décider l'opération, de procéder à un nouvel examen très-rapproché du moment fixé pour opérer, si on ne veut pas s'exposer au désagrément de tout préparer inutilement, de soumettre sans résultat la malade à un examen pénible pour elle en présence de plusieurs confrères; cela lui est arrivé une fois; les polypes avaient disparu, et il fallut convenir du fait devant la malade. Aussi, dit M. Lisfranc, j'ai pour habitude depuis lors de soumettre les malades à un nouvel examen la veille au soir du jour où je dois les opérer; car vingt-quatre heures suffisent quelquefois pour les voir disparaître.

Quant aux gros polypes, une question est aussi en litige sur le siége de leur développement. Sont-ils tous développés dans le tissu de l'utérus, où se développent-ils en dehors de ce même tissu? M. Lisfranc est encore ici pour l'éclectisme; c'est-à-dire qu'il admet des polypes de deux espèces: les uns développés dans le tissu, les autres à la surface.

Les polypes volumineux sont quelquefois méconnus lorsqu'ils n'ont pas encore été expulsés de l'utérus; alors des douleurs expulsives analogues à celles de l'accouchement peuvent en faire presque à coup sûr présumer l'existence; un cas de ce genre, où le polype avait été méconnu, a été observé par MM. Latapie et par lui, et les douleurs expulsives firent d'avance présumer la maladie.

M. Lisfranc n'hésite pas à se déterminer pour l'excision du pédicule, à moins que la malade ne soit épuisée et exsangue. Cette excision lui paraît, ainsi qu'à Dupuytren, sans aucun danger. On sait que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu disait n'avoir jamais observé d'hémorrhagie ni de vaisseau artériel considérable dans le pédicule. M. Lisfranc a fait la même remarque; il ajoute qu'il y a presque toujours absence de tout écoulement sanguin, et que souvent il eût désiré une petite hémorrhagie. D'ailleurs, n'est-il pas facile, quand on a attiré la matrice au niveau des grandes lèvres, de s'assurer s'il existe ou non une artère dans le pédicule; si on y sent des battemens, ne peut on pas inciser jusqu'à ce qu'on ait coupé le vaisseau et le lier, ou bien le lier même après l'excision du pédicule. Alors même qu'on ne pourrait en faire la ligature, la capacité de la matrice est si peu considérable, et le tamponnement du vagin si facile, qu'on ne peut concevoir le danger d'une hémorrhagie; il n'en serait pas de même si la femme venait d'accoucher et que la matrice fût dilatée.

Si le polype n'est pas pédiculé, et que, ce qui lui est arrivé à lui-même, la ligature glisse constamment, malgré les tentatives les plus opiniâtres; on pourrait peut-être imiter son exemple, et avec des ciseaux portés sur le doigt, exciser la base de la tumeur. M. Lisfranc a ainsi excisé sans aucun accident consécutif un polype dont la base occupait presque tout un côté de l'utérus. La malade guérit en très-peu de temps.

L'excision imparfaite du polype donne lieu, dit-on infailliblement à la récidive; ceci n'est pas exact; quelquefois, sans contredit, la récidive a été observée; mais quelquefois aussi la partie restante du polype se ride, se flétrit et disparaît. Il en a vu un exemple remarquable. La portion qui reste dans l'utérus meurt alors comme ces plantes qui périssent quand on les coupe trop près du sol.

Enfin M. Lisfranc recommande dans le toucher, de commencer par la partie inférieure du vagin, et de remonter par zônes exactement superposées, jusqu'à ce que le doigt soit parvenu au point le plus élevé du col. Cet examen doit être répété avec soin plusieurs fois, si on veut éviter des erreurs de diagnostic dans les cas de polypes cellulo-vasculaires, ou d'excérulation.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Clinique de M. Velpeau.

Réduction d'une hernie inguinale par le procédé de M. Gerdy, *modifié.*

Avant de donner cette observation, nous allons répondre en peu de mots à une lettre de M. Delaunay, de Valenciennes, contre une des opinions de M Velpeau, sur un fait de gangrène spontanée.

M. Velpeau n'a pas prétendu tirer du fait dont il est question des conclusions générales, mais bien saisir cette occasion pour émettre sa manière de voir sur la formation de cette maladie.

Le fait rapporté dans le n° des Archives de décembre 1831, extrait par MM. Rob. G. Graves et Guill. Stokes (1), sans parler de ceux que citent M. Delaunay, puisque nous ne les connaissons pas, est le seul qu'on pourrait opposer à l'opinion de M. Velpeau; bien qu'il ne soit pas très-concluant, parce que le phénomène qui pourrait, dans cette observation, attester l'inflammation des artères, c'est-à-dire la molesse, l'épaississement de la tunique interne de ces vaisseaux recouverte de villosités, peut aussi s'expliquer par les phénomènes d'imbibition dont parle M. Velpeau, parce que surtout le caillot dont il est parlé n'est pas franchement purulent, et que la couche purulente qu'on remarque entre la paroi interne de l'artère fémorale et le caillot pourrait dépendre de la putréfaction de ce caillot lui-même, qui, selon nous, se trouve d'ailleurs dans des conditions de nature à s'altérer : ce n'est donc qu'en oblitérant le vaisseau qu'il peut causer la gangrène, et cet effet, M. Velpeau est loin de le nier.

Nous croyons, avec M. Velpeau, que la tunique interne des artères est un tissu presque inorganique, et c'est précisément sa friabilité qui explique la possibilité d'obtenir une oblitération par la torsion des artères : oblitération qui pour nous est une nouvelle preuve de notre manière de voir sur ce point d'anatomie.

— La cure des hernies, par la réduction ayant été tentée de mille manières depuis plusieurs siècle, a souvent été repoussée par presque tous les chirurgiens, vu les dangers auxquels elle expose fréquemment les malades, et la rareté de ses succès.

Cependant, de nos jours plusieurs praticiens y étant revenus, M. Velpeau vient aussi de la soumettre à ses réflexions ; déjà il avait consacré un assez long article à l'opération des hernies dans sa médecine opératoire.

Dans la leçon de mardi 21 avril, après avoir soumis à ses auditeurs les méthodes nouvelles de MM. Belmas, Sanson et Gerdy, après en avoir fait ressortir les avantages et les inconvéniens ; annonçant une méthode différente de celles-ci, qu'il se propose d'employer à l'avenir, il a mis en pratique, sous les yeux des élèves, celle de M. Gerdy, en la modifiant un peu.

Un jeune homme de 20 ans, portant depuis l'âge d'un an une hernie inguinale congénitale, est entré salle Ste-Vierge, demandant à être guéri radicalement d'une hernie qu'il n'a jamais pris la précaution de maintenir réduite. Le canal inguinal était extrêmement large ; de sorte que cette hernie, étant descendue dans le scrotum, offrait le volume d'une tête d'enfant environ : du reste, on ne remarquait aucune adhérence entre les viscères et le sac.

Après avoir refoulé les intestins dans le ventre et repoussé la peau dans le canal inguinal aussi profondément que possible, l'opérateur, au lieu de fixer le canal herniaire à la peau, ainsi que le fait M. Gerdy, dirigeant une aiguille courbe supportée par un manche, armée d'un ruban de fil vers sa pointe, sur l'indicateur, a traversé la paroi abdominale de dedans en dehors, à deux pouces au-dessus du ligament de Fallope. Après avoir dégagé l'extrémité de ce ruban, M. Velpeau a retiré l'aiguille pour reprendre l'autre extrémité du fil et le conduire de la même façon à travers le sommet du cône du tégument renversé, qu'il avait obtenu en poussant la peau au moyen de son doigt, ainsi que l'indique M. Gerdy ; l'aiguille est venue ressortir à deux ou trois lignes de la première extrémité du fil, après avoir aussi franchi la paroi abdominale. Le sac invaginé a été enflammé au moyen d'ammoniaque pour établir une adhérence entre ses parois, et effacer la cavité pratiquée par le doigt de l'opérateur, et les deux extrémités du fil ont été liées sur un coussin de charpie.

Il nous semble que cette modification est peut-être plus simple et moins dangereuse, en ce qu'on suit mieux la direction de la pointe de l'aiguille, et qu'on s'expose moins à traverser aussi les viscères contenus dans le sac, qui, par ce procédé, est exempt de solution de continuité. Cette modification est ingénieuse encore en ce que le fil n'agit que médiatement et sur une surface plus résistante et moins susceptible.

Nous sommes au huitième jour de l'opération : la hernie n'a pas reparu et le malade va très-bien. S'il arrive quelques accidens, nous nous empresserons de les faire connaître.

---

(1) The Dublin Hospital reports et...

N° 52. — 30 Avril.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Pneumonie double, entée sur une bronchite chronique; emploi des émissions sanguines combinées avec les antimoniaux et les révulsifs cutanés; guérison.

La pneumonie chez les enfans qui ont dépassé l'âge de huit ans est une affection généralement peu grave. Quelle que soit son étendue et son intensité, cette phlegmasie, à cette période de la vie, se termine presque constamment par la guérison, lorsqu'elle est exempte de complication et qu'elle frappe des individus sains au moment de l'invasion. D'après le résultat de recherches faites à l'hopital des Enfans Malades pendant plusieurs années, la mortalité de la pneumonie après huit ans serait de 1 sur 30.

Les internes du même hôpital, qui ont publié des travaux sur la pneumonie des enfans, sont arrivés au même résultat.

M. Rufz, ancien interne de l'hôpital des Enfans, rapporte dans sa thèse inaugurale, que sur 40 cas de pneumonie observés après huit ans et avant la quinzième année, il n'en a observé qu'un seul de mortel.

M. Léger, qui remplissait les fonctions d'interne dans le même hôpital à une autre époque, et qui à consacré sa dissertation inaugurale à la description de la pneumonie des enfans, dit n'avoir observé qu'une seule pneumonie mortelle chez les sujets qui avaient dépassé la septième année.

Cette observation de pneumonie terminée par la mort, est relative à un jeune homme de quatorze ans qui était en même temps affecté de dothinenterie, ainsi que le prouve l'examen nécroscopique.

L'observation suivante nous offrira un exemple de pneumonie double survenue chez une jeune fille de constitution grêle, atteinte d'une hémiplégie congéniale et d'une bronchite chronique. Cette grave affection ne fut combattue par aucune médication active avant l'admission de la malade à l'hôpital, qui n'eut lieu que le quatrième jour. Malgré toutes ces conditions défavorables, cette phlegmasie s'est heureusement terminée.

Adèle Boyer, âgée de 14 ans, brodeuse, est transportée de Passy à l'hôpital des Enfans le 21 mars, et couchée au n° 8 de la salle Ste-Catherine.

Cette jeune fille, d'une constitution grêle, d'une stature élevée, portant sur la partie latérale gauche du cou une cicatrice scrofuleuse, est atteinte d'une hémiplégie congéniale. Les membres du côté droit sont atrophiés, leurs mouvemens sont extrêmement bornés; la malade traîne la jambe droite en marchant et ne peut saisir les corps d'un petit volume avec la main du même côté. Elle tousse en outre depuis long-temps. Elle est assez régulièrement menstruée depuis deux ans.

Le 17 mars, sans cause connue, elle fut prise de malaise général, de céphalalgie et d'inappétence; et dans la nuit il survint une douleur vive du côté gauche de la poitrine avec fièvre, dyspnée et exaspération de la toux.

Pendant les trois jours qui suivent elle garde le lit, et ne prend pour tout médicament que de l'eau pure froide, qui donne lieu à une diarrhée accompagnée de vives coliques.

Examinée le 22 mars, quatrième jour de la maladie, elle nous offrit l'état suivant:

Décubitus dorsal, face pâle portant l'empreinte de la souffrance, céphalalgie obtuse; respiration anxieuse, courte, accélérée : 48 inspirations par minute; toux sèche, incessante, non suivie d'expectoration; douleur vive du côté gauche de la poitrine se faisant spécialement sentir vers l'hypocondre et augmentant par la percussion, la toux et l'inspiration; en avant, le son est également clair des deux côtés; mais à gauche il est obscur en arrière et latéralement; sous l'omoplate du côté gauche et dans le creux de l'aisselle, on entend la respiration bronchique et une bronchophonie éclatante; au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, existe de la crépitation fine et sèche. A droite, la même crépitation existe supérieurement.

Les deux lobes inférieurs de ce côté sont seuls perméables à l'air. La température de la peau est élevée; le pouls est peu développé et donne 130 pulsations par minute. La langue est rouge et offre à sa surface des papilles saillantes, telles qu'on les observe dans la scarlatine. La soif est vive, l'anorexie complète; le ventre est douloureux à la pression; deux évacuations liquides ont eu lieu pendant la nuit. On pratique une saignée de deux palettes, et on prescrit en même temps un julep avec deux gros d'oxyde blanc d'antimoine, et une infusion de fleurs de mauve.

Le 23, le pouls s'est relevé; mais il conserve la même fréquence. Le sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne épaisse. On renouvelle la saignée du bras, et on continue l'emploi des moyens prescrits la veille.

Le 24, 120 pulsations, 54 inspirations. Le décubitus a toujours lieu sur le dos; il est impossible dans toute autre position. Le côté gauche de la face est vivement coloré; la toux est toujours fréquente et l'expectoration nulle; la dyspnée persiste; la parole est entrecoupée; la douleur est peu vive et ne se fait sentir que lorsqu'on percute le côté gauche de la poitrine. En appliquant l'oreille sur le thorax, on entend du souffle tubaire et de la bronchophonie dans toute la hauteur du côté gauche en arrière, et au sommet du côté droit. Les douleurs de ventre et la diarrhée ont cessé; il n'y a eu qu'une seule évacuation en 24 heures. On a élevé la dose de l'oxyde blanc d'antimoine à trois gros, et on fait appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Le 25, la toux est plus humide et moins fréquente; la douleur de poitrine a complétement disparu; le pouls se maintient à 120 pulsations; 36 inspirations par minute. Mêmes signes sthétoscopiques que la veille. Peau moîte, pas d'évacuations depuis 24 heures; abdomen

complétement indolent. Trois gros d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 26, sueur abondante la nuit, 112 pulsations, 36 inspirations; peau encore moîte; la toux persiste et revient de temps en temps par quintes fatiguantes; le souffle tubaire à droite et à gauche est mêlé de râle crépitant; le ventre est toujours complétement indolent; la diarrhée n'a plus reparu. On donne une demi-once d'oxyde blanc d'antimoine dans trois juleps gommeux.

Le 27, 102 pulsations et 28 inspirations par minute; expression de la physionomie plus naturelle; nuit calme. La malade a dormi d'un sommeil profond pour la première fois depuis son entrée. La toux est moins fréquente; par de traces d'expectoration. La respiration bronchique persiste, mêlée de râle crépitant; les voies digestives sont en bon état. Bouillon coupé.

Le 28, 100 pulsations, 24 inspirations assez profondes; décubitus variable; sommeil calme la nuit, et non interrompu par la toux; expression de la physionomie naturelle. La langue, large et humide, offre deux petites ulcérations au centre; la soif est moins vive; le ventre toujours souple et indolent; une évacuation à la suite d'un lavement simple. Le souffle tubaire diminue de plus en plus d'étendue, et est remplacé par du râle crépitant à grosses bulles. On suspend l'oxyde blanc d'antimoine, que la malade ne prend qu'avec une extrême répugnance. On le remplace par un julep gommeux simple, et on prescrit trois bouillons.

Le 29, 96 pulsations, 28 inspirations. L'amélioration se soutient.

Le 30, le souffle tubaire a complétement disparu; on n'entend dans les deux côtés de la poitrine que du râle muqueux sous-crépitant. Une forte inspiration ne fait naître aucune douleur; les voies digestives sont en bon état. La malade réclame avec assistance des alimens. On accorde un léger potage.

Le 1er avril, l'expression de la physionomie est naturelle, la toux rare, le son également clair des deux côtés. L'auscultation ne fait entendre que quelques bulles de râle muqueux. Les voies digestives sont en assez bon état. La malade prend des alimens. Cependant le pouls présente une fréquence anormale; il donne 20 pulsations. Cette fréquence du pouls persiste, sans qu'on puisse en trouver la cause dans une lésion appréciable, jusqu'au 6 avril. La malade ne reprend que lentement ses forces. Ce mouvement fébrile nous fait craindre un instant que le poumon ne devienne le siége d'un travail de tuberculisation dont les signes sthétoscopiques ne révèlent point l'existence. Mais les jours suivans la fréquence du pouls diminue, la malade se lève et se promène dans les salles. Elle sort de l'hôpital entièrement guérie de sa phlegmasie pulmonaire, le 24 avril.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés dans l'exposition de ce fait, nous dispensent de longues réflexions.

Nous laisserons de côté tout ce qui est relatif aux signes sthétoscopiques, tout-à-fait analogues à ceux qu'on observe dans la pneumonie des adultes. Nous appellerons seulement l'attention sur les sueurs abondantes qui ont eu lieu le septième jour de la maladie, et dont l'apparition a coïncidé avec un notable amendement des symptômes.

Une autre circonstance digne de remarque, c'est la disparition de la diarrhée sous l'influence des préparations antimoniales, qu'on a accusées, à tort sans doute, d'irriter les voies digestives. Quant au traitement, il a été complexe; mais les différens moyens mis en usage ont été heureusement combinés, et font honneur à la sagacité de M. Baudelocque, qui, dans ce cas comme dans tous ceux soumis à son observation, saisit les indications avec une rare habileté.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JANVIER 1835. (SUITE.)

Mémoire historique et statistique sur la Maison royale de Charenton par M. Esquirol. (SUITE.)

—

TROISIEME PÉRIODE.

Pendant cette dernière période, la maison de Charenton ne cessa de grandir. L'administration prit une marche régulière et put rendre des comptes. Le service médical ne fut plus illusoire et reposa sur des principes et sur l'expérience.

M. Roulhac Dumaupas, directeur, et M. Royer Collard, médecin en chef, dirigés par les mêmes principes, animés du même zèle, concoururent l'un et l'autre aux améliorations réclamées depuis long-temps par ceux qui connaissaient l'intérieur de la maison de Charenton. Une commission de surveillance fut créée, la direction administrative devint régulière, des registres furent ouverts pour tous les services, la comptabilité fut organisée et devint facile. Les registres des admissions, des sorties, des guérisons, des morts permirent d'en extraire la statistique médicale de l'établissement; les cahiers de visites des médecins furent tenus avec exactitude, et les feuilles de régime furent rédigées tous les jours. Un réglement fut donné par le ministre de l'intérieur et détermina les attributions de chaque employé.

Avant de faire connaître les résultats de l'administration de M. Dumaupas et de son successeur M. Palluy, il convient d'indiquer les changemens et les améliorations qui ont été faits dans les anciens bâtimens, et de décrire les constructions nouvelles.

Au premier étage du bâtiment (30), dans une salle servant de réfectoire du temps des frères, l'on disposa un autel et tous les accessoires nécessaires à l'exercice du culte religieux. On arrive à cette chapelle par le perron (7) qui est en face du perron (6); celui-ci conduit dans les bureaux de l'administration.

Les pauvres du canton, jusqu'à l'année 1814, avaient occupé la grande salle (49), dite Saint-Michel, au-dessus de la vacherie; à l'une des extrémités de cette grande salle, quelques lits avaient été réservés pour les élèves de l'école vétérinaire d'Alfort; mais à cette époque on fit une infirmerie dans les bâtimens de l'école, les pauvres du canton furent définitivement et d'une manière très-convenable, établis dans un bâtiment isolé des habitations des aliénés. Ce bâtiment (50) est situé, en entrant dans l'établissement, à la gauche du logement du portier, sur le côté méridional d'une longue cour (3) qui s'étend de l'est à l'ouest et qui est plantée d'une double rangée d'arbres; il se compose d'un rez-de-chaussée; est fait aux dépens du mur de clôture qui sépare la maison de la rivière et de la route qui conduit de Paris, par Charenton, à Saint-Maur.

La salle des pauvres du canton est au rez-de-chaussée de ce bâtiment; elle a 30 mètres de longueur, et 6 mètres de largeur; est éclairée par plusieurs grandes baies avec croisées vitrées à deux ventaux s'ouvrant sur la cour (3). En face de chaque croisée, au-dessous du plafond, et à 350 centimètres du sol, on a pratiqué des baies avec croisées vitrées, qui s'éclairent au midi et sur la route. Le plancher supérieur est plafonné, le sous-pied est planchéié. A l'entrée de cette salle, on a ménagé deux cabinets de desserte, dans le milieu sont établis deux poêles en faïence.

Quatorze lits en fer, avec rideaux soutenus par des tringles en fer, sont rangés d'un seul côté de la salle en face des grandes croisées qui s'ouvrent sur la cour (3). La literie se compose d'une paillasse, de deux matelas, d'un traversin, d'un oreiller, de deux couvertures; à côté de chaque lit il y a une table de nuit et une chaise.

Sept lits sont réservés pour la médecine et sept pour la chirurgie. Le médecin fait la visite des individus atteints de maladies internes, et le chirurgien visite les pauvres qui ont des maladies externes. Les élèves en médecine et en chirurgie suivent et écrivent la visite de leur chef respectif. Le pharmacien tient le cahier des médicamens. L'élève en chirurgie est chargé des pansemens.

Cet hôpital est très-bien tenu, très-propre; les malades y sont commodément, bien soignés, bien servis; ils sont chacun couchés dans un bon lit, bien chauffés en hiver et peuvent se promener de plein-pied dans une cour plantée d'arbres. Cet hôpital est entretenu par les revenus de l'établissement, il remplit parfaitement sa destination et il est d'un grand secours pour les pauvres du pays; on n'y reçoit point de maladie chronique. On n'y observe point de maladies endémiques; mais il est des années pendant lesquelles les fièvres intermittentes sont fréquentes. Ces fièvres cèdent facilement au sulfate de quinine. La chirurgie a souvent à s'exercer sur des cas très-graves que présen-

tent les carriers, les charretiers et les ouvriers attachés aux fabriques du pays.

La salle du canton assiste annuellement 150 malades pauvres. La moyenne des journées de séjour dans le cours d'une année varie de 4,500 à 4,700. Les médecins donnent des consultations gratuites à tous les malades pauvres qui se présentent.

L'étage élevé au-dessus de la salle du canton, est occupé par la lingerie générale et le surveillant de la lingerie. Cette lingerie est éclairée par des croisées qui s'ouvrent au midi sur la route et au nord sur la cour (3). Les murs de la lingerie sont entourés de larges tablettes divisées en un grand nombre de compartimens destinés à recevoir le linge de chaque malade.

En 1816, conformément au réglement, on fit les constructions nécessaires pour la boulangerie de la maison (47). Ce ne fut qu'en 1820 qu'on disposa un magasin pour les farines. (47)

En 1815, à la salle de spectacle, placée, comme je l'ai dit, à l'étage au-dessus de la salle Notre-Dame (4), on substitua une salle de réunion spacieuse, voisine du logement du directeur. Ce salon s'éclaire par deux croisées cintrées sur le jardin (18) et est précédé d'un antichambre commun avec l'appartement du directeur. On voit, dans cet antichambre, un marbre noir sur lequel sont gravés le nom du fondateur de l'hôpital, du couvent, et la date de la fondation. Nous donnons cette inscription telle qu'on peut la lire sur le marbre.

Deffunct Sébastien Le Blanc, S.r de S.t Jean, Con.er du Roy, Con.evr prov.al des Guerres par plusieurs contracts de 12. et 13. Sep.bre 1641. 10. Sep.bre 1642. 2 mars 1646. 4 may 1662. et 10. Janv.er 1664. A fôdé cet hospital, sovbz le tiltre de Nre Dame de la paix, et ordôné qvicy seroit mis le nombre de sept Licts en L'honne des sept allegresses de la vierge, et des sept œvres de misericordes spir.elles et corp.elles po.r y recevoir, et traicter les pavvres mallades.

Et avx charges de dire six messes basses, chvn an, avx six festes de la S.te vierge, devx avtres messes basses, l'vne tovs les Dimanches de l'ânée appellée la messe du fondatevr, et lave le jovr de S.t Barthelmy apo.tre en lhone de la translâon des S.tes Reliques q.l à dônées. Plus vn service chvn an, à pareil jo.r de son deceds à son intetion, et de ses pere, et mere, parens, et amis,

Côme avssy tovs les jovrs apres les Graces dv sovper des malades, de dire l'oraison, et chanter à havlte voix, devant l'avtel de l'infirmerie, le salvt du memorare, avec l'âne, et l'oraison concede nos et le Deprofvndis, à voix basse, l'oraison fidelivm, et Reqviescant in pace, et de mettre un troisiesme cierge d'vne livre, devant l'image, qui demevrera allvmé des l'entrée jvsques à la fin de la d. oraison, ce qui sera pareilem.t observé le 8e sepbre, jo.r et feste du patron, pandant la G.de messe et les vespres.

Qvavât les repas des malades, on les exhortera de prier Diev po.r le Roy les Reynes, luy, fondatevr, lesd. Religievx, et les biefaictevrs le tovt à perpetvité, et sellon qvil est plvs av long porté, par lesd. contracts, et le testam.t dud s. fondate, qvi a doné po.r svbvenir à lad. hospitalité, acqvictem.t desd charges.

Scavoir, la maison et dependâces avec les mevbles y estant po.r lors laqvelle a esté restablie côme elle se trovve apnt, tât par larget q.l a fovrny, que par la contribvôn, et les avmosnes de qvelq : par.ers gens de piété.

Plvs vne maison, ov est lenseigne de la Bannier de France, avd Charanton, plvs 100.ff de rente racheptab. de 1800.ff deve par Denis Lovbert, po.r estre emploiée a l'achapt de la maison du Barillet, avx carriers dud. Charenton.

Plus vne maison, à Paris, rve des Noyers q.l avoit acqvise.

Plvs en argent, 7500.ff d'vne part, et 418.ff dâve, povr estre mis en fôds d'heritages.

Plvs le prin.al et arrerages de 100.ff de rente, qvi estoient devbz par les hers de la vevve Tronchot.

Et finalement, par son testament, vne partie de ses mevbles, et la sôme de 1088.ff

Ceci a esté cy apposé, apres le deceds dvd S.r de S.t Jean arrive le 23 Aovst 1670. En l'hospital de la Charité de Paris ov il est enterré.

Priez Diev pour son ame.

Le salon meublé d'un piano, de plusieurs tables à jeu, de plusieurs fauteuils, d'un grand nombre des chaises, sert à réunir tous les soirs les aliénés et les convalescens qui peuvent participer à la vie commune et qui sont désignés par le médecin. Le surveillant général, l'infirmier en chef les surveillantes des femmes, l'inspecteur du service de santé, doivent assister à ces réunions, surveiller les malades, les exciter à la distraction. Le directeur, les employés viennent souvent animer de leur présence cette nombreuse assemblée.

La pharmacie, qui a son entrée près du perron (51) et qui est contiguë au logement du pharmacien, est au rez-de-chaussée à la suite de la salle du canton, elle fut établie et meublée en 1819, elle se compose d'une boutique, d'un laboratoire et d'un magasin. Le médecin adjoint est logé au-dessus et monte à son logement par le perron (51).

Dans la même année 1819, on disposa une salle de billard (32'), au troisième étage et à l'extrémité nord du bâtiment (4), cette salle formée aux dépens de l'ancienne chapelle des frères, est au dessus de la chambre des archives de la maison, qui fait suite au salon de réunion dont nous venons de parler, on s'y rend du jardin et de l'intérieur.

De 1824 à 1827 à droite de la grille d'entrée, on éleva un bâtiment qui s'étend du midi au nord depuis le mur de clôture, jusqu'aux anciennes constructions. Ce bâtiment (4') est divisé par un passage (3') qui conduit dans la cour (10) des femmes; à la droite de ce passage (3') et au rez-de-chaussée est le parloir général. Ce parloir, éclairé au levant et au couchant, est planchéié, le plancher supérieur est plafonné. Il est entouré de sièges rembourrés, meublé d'un poêle en cuivre, d'une grande table et de plusieurs sièges; il communique avec le cabinet de l'inspecteur général; les parens des pensionnaires sont reçus dans ce parloir lorsqu'ils visitent les malades, après en avoir obtenu l'autorisation du médecin (*). A la gauche du même passage

(*) Les jours d'entrée, à Charenton, sont les dimanches, mardis et jeudis, depuis neuf heures jusqu'à quatre.

(3'), se trouve un vaste gardemeuble, le premier étage de ce bâtiment sert de grenier et de magasin.

En 1827 et 1828, il fut confectionné 100 armoires en bois de chêne qui furent placées dans les chambres des corridors des hommes (43) et des femmes (11) ainsi que dans l'infirmerie (49).

Après avoir fait connaître les améliorations générales qui ont eu lieu depuis l'année 1815, nous devons signaler celles qui ont été faites dans les différens quartiers des deux divisions, des hommes et des femmes.

Les latrines qui répandaient une odeur infecte dans les corridors des hommes, ont été isolées des bâtimens. cette importante amélioration eut lieu en 1821; une construction en belle pierre, fut élevée du rez-de-chaussée de la cour (37), jusqu'aux étages supérieurs, séparée entièrement des bâtimens, d'où il résulte qu'un grand courant d'air circule à chaque étage, entre les latrines et les habitations; ce ne fut qu'après beaucoup d'essais, qu'après avoir tenté beaucoup d'autres moyens plus ou moins ingénieux, qu'on se délivra, en les isolant, de l'odeur que les latrines exhalaient. Les latrines accessibles à un grand nombre d'individus répandent toujours une odeur très-désagréable, particulièrement si ces individus sont aliénés; ces malheureux peu soigneux et peu propres, contribuent au mauvais état de propreté des sièges d'aisance, et il n'y a que l'isolement absolu de toute construction habitée, qu'un grand courant d'air, qui soient efficaces contre ces graves inconvéniens de latrines lorsque, je le répète, elles sont fréquentées par un grand nombre d'individus. Les fosses inodores et mobiles, les sièges que l'on peut facilement laver à grande eau, même à l'aide d'ingénieux moyens independans de la volonté des personnes qui entrent dans les latrines et qui en sortent, ne sont d'une application véritablement utile que dans les maisons particulières ou dans les établissemens soumis à une discipline très-sévère.

Quelques cages qui existaient encore, dans les loges du rez-de-chaussée, et qui étaient destinées à contenir les fous les plus violens, ont été détruites. Comment avait-on imaginé de renfermer des hommes, et des hommes furieux dans des cages? Qui pourrait donner une bonne description de ces cages, dont on retrouve les vestiges dans plusieurs établissemens, où l'on recevait anciennement des fous? J'ai vu de ces cages à Tours, à Nancy, à Rennes, à Strasbourg, à Caen, etc.! croirait-on que, dans un des plus considérables établissemens de France, nouvellement bâti et jouissant d'une grande célébrité, les aliénés agités sont renfermés dans des cages? on y voit une et même plusieurs cages dans une même salle; ces cages furent sans doute inventées, pour empêcher les aliénés de quitter leur lit et d'errer pendant la nuit. Ce moyen est détestable, sujet à des inconvéniens très-graves que j'ai signalés ailleurs et que je ferai connaître plus en détail dans mon travail sur les hôpitaux d'aliénés, dont je termine la rédaction.

Des chauffoirs furent établis dans les quartiers qui en manquaient, ceux qui existaient furent mieux aérés, par conséquent assainis; les chauffoirs de la maison de Charenton sont généralement beaucoup trop petits pour le nombre des personnes qui s'y réunissent; ils sont obscurs, peu aérés et bas de plafond, quelques-uns sont pavés en moellons, il en est un, au bâtiment (35), qui est au-dessous du sol et n'est éclairé que par deux portes. Les lieux destinés à la réunion des aliénés ne sauraient être ni trop grands, ni trop facilement ventilés, ni trop éclairés; l'accès doit en être facile et libre, les malades qui s'y réunissent sont ordinairement peu propres, et lorsque l'espace manque, l'air s'altère rapidement et se charge de mauvaise odeur; ces malades sont irascibles, ne pouvant marcher commodément dans des chauffoirs étroits, ils se coudoient, se heurtent les uns les autres, ce qui provoque des rixes, des actes de brusquerie et quelquefois des violences.

En montant le perron (51), on arrive dans une salle qui servait du temps des frères de la Charité, de magasin au fourrage. Cette salle, dite Saint-Michel, est voûtée en ogive, elle a 36 mètres de longueur, 510 centimètres de largeur. Elle est éclairée par dix croisées, quatre s'ouvrent à l'ouest sur les cours (53 56); cinq s'éclairent sur la cour (3), à l'aspect du levant; enfin une croisée s'ouvre au midi à l'une des extrémités de cette salle; de cette dernière croisée la vue s'étend sur la campagne. Après avoir été convertie en hôpital pour les pauvres du canton, par M. de Coulmier, cette salle fut plus tard divisée en cellules à l'aide de cloisons en bois, séparées par un corridor commun; en 1828, les cloisons furent détruites, le sol de cette grande et belle salle fut solidifié et carrelé à neuf. Les baies des croisées furent un peu agrandies, à l'extrémité méridionale de la salle, on ménagea deux cabinets pour les infirmiers; cette salle, chauffée par deux poêles en faïence, est meublée de 25 couchettes en bois garnies d'une paillasse, de deux matelas, d'un oreiller, d'un traversin et de deux couvertures. Entre chaque deux lits, au-dessous des baies des croisées, on a fixé une tablette et au-dessus de cette tablette, une armoire dans laquelle les malades peuvent serrer leur linge; près de chaque lit, on trouve une chaise percée, un fauteuil. Deux tables placées entre les deux poêles sont destinées à servir les repas aux malades qui habitent cette infirmerie, consacrée aux aliénés tranquilles, propres, atteints d'infirmités, ou de maladies accidentelles.

Les croisées de cette salle ne descendent point assez bas, le voisinage de la cour de la vacherie (53) y apporte quelquefois une odeur de fumier qui est au moins incommode.

On arrive aussi à cette infirmerie de l'intérieur, en passant par le corridor (47).

Les bains du quartier des hommes, qui du temps de M. de Coulmier occupaient au rez-de-chaussée (38) les loges qui prenaient le jour sur la cour (37), furent établis dans une salle commune (36). Cette salle de bains s'éclaire sur les cours (33 et 37); elle est grande, dallée en pierre, divisée par des cloisons en bois de 2 mètres de hauteur, qui séparent les baignoires les unes des

autres. La chaudière à chauffer l'eau des bains, en face de la porte, s'élève dans le fond de la salle entre les deux rangées de cellules qui reçoivent les baignoires. On monte par un escalier en bois, pour mettre le feu au fourneau, dont l'ouverture est vue de tous les points de la salle; des tuyaux de plomb conduisent l'eau chaude et froide à chaque baignoire, dans laquelle l'eau est versée par des robinets en cuivre.

A la droite de la chaudière, est un réservoir d'eau froide et un fauteuil pour la douche; depuis 1827 il a été adapté au réservoir un long tuyau en cuir terminé par un robinet : à l'aide de ce tuyau, l'eau froide est portée au-dessus de chaque baignoire lorsqu'on veut donner la douche; les malades reçoivent ainsi l'eau froide sur la tête pendant qu'ils sont dans la baignoire, sans qu'il soit nécessaire de les attacher sur un fauteuil comme cela se pratiquait autrefois. Sous le siège de ce même fauteuil on a pratiqué un appareil pour la douche ascendante.

L'importance d'un quartier bien séparé des autres habitations, pour loger les convalescens, détermina, en 1817, l'achat d'une maison (58), avec un jardin; c'était une amélioration bien essentielle. Cependant le peu de solidité de cette maison, la nécessité d'y faire des dispositions et des distributions adaptées à sa nouvelle destination, effrayèrent sans doute le directeur : on ne fit pas de réparations, la maison fut envahie par les employés de l'administration, et nos convalescens sont restés dans le quartier 43, privés d'un quartier isolé qui serait si favorable à leur complet rétablissement.

Si la section des hommes a reçu un grand nombre d'améliorations, celle des femmes a été bien mieux traitée : on y a construit un vaste bâtiment qui, à lui seul, serait partout ailleurs un grand et bel établissement d'aliénés.

Un des premiers soins de M. Dumaupas fut d'assainir les loges destinées aux femmes agitées, qui forment les deux côtés de la grande cour (10). Les loges qui s'ouvrent sur la galerie du nord étaient adossées au mur du jardin (18), elles ont été isolées par un fossé profond qui est pavé. En face de la porte et au-dessus du lit, sous le plafond, on a percé une petite ouverture carrée pour faciliter le renouvellement de l'air; cette ouverture est fermée par un volet en bois.

La rangée des loges du côté méridional de la même cour (10), a été isolée du mur de clôture par un contre-mur, il est résulté un espace pour un chemin de ronde et pour un grand courant d'air entre le mur de clôture et le mur qui fait le fond de chaque loge. On a pu aussi pratiquer en face de la porte une contre-ouverture.

Le chauffoir (12), qui est au bout de la galerie du nord, a été dallé; étant destiné aux femmes le plus agitées et qui sont tenues les plus long-temps au fauteuil, il est devenu plus sain par la facilité de tenir très-propre le plancher inférieur.

A l'extrémité ouest de la galerie du midi, on a fait un second chauffoir (19") pour les femmes agitées, aux dépens de deux loges et de la galerie qui se prolongeait devant ces deux loges.

Un jardin spécial pour les femmes (28) a été planté à l'est de l'établissement.

Ces améliorations n'ont point atteint tout-à-fait le but qu'on s'était proposé : les loges sont restées sombres, humides, mal aérées, la contre-ouverture pratiquée en face des portes n'est point à la portée des serviteurs, il en résulte qu'elle n'est point ouverte, ou que si on l'ouvre on néglige de la fermer. Ce double inconvénient est inévitable toutes les fois qu'on exigera des serviteurs, un service qui demande quelque attention et de la bonne volonté; les volets de ces contre-ouvertures seraient ouverts et fermés s'ils étaient sous la main des serviteurs.

La salle qui est au-dessus de la galerie (15), à l'est de la cour des femmes agitées et qui sert à lier les deux galeries latérales de cette cour, fut meublée des dix lits complets ayant couchettes en bois, deux matelas, un traversin, un oreiller, deux couvertures; un poêle en faïence; elle fut destinée spécialement aux femmes qui ont du penchant au suicide. Ainsi réunies, les aliénées qui sont entraînées à leur destruction, se surveillent les unes les autres et peuvent être plus facilement surveillées par les filles de service. La chambre des infirmières communique directement avec cette infirmerie (p. 42). La réunion, dans un dortoir commun, des aliénés poussés au suicide, et une surveillance active et permanente, sont bien préférables aux cages, aux paniers, aux liens, à la camisole, et aux autres moyens employés pour maintenir un malade dans son lit, et pour le préserver des suites de la prompte impulsion qui le porte à se détruire.

De la cour (10), on arrive par le perron (9), dans un ancien passage (8) qui conduit à gauche, dans la salle Notre-Dame (4), dont nous avons parlé plusieurs fois.

Cette salle, qui dès la fondation de l'établissement servait d'hôpital pour les pauvres du canton, qui avait été divisée en cellules par M. de Coulmier, est devenue, en 1832, une grande et belle salle, une des meilleures de la maison. Elle était obstruée, au levant, par des masures qui tombaient en ruine, par vétusté et par humidité, qui s'opposaient à l'accès de l'air de la lumière : ces masures ont été détruites et remplacées par deux gazons séparés par un perron en pierre, en sorte que le jardin (18) s'est agrandi de l'espace occupé par ces masures et du passage (8). Il résulte de cette heureuse disposition que la salle Notre-Dame (4) et la salle Jaune (19), ont aujourd'hui un jardin commun bien planté et forment un des meilleurs et des plus agréables quartiers de l'établissement.

La salle (4), dite Notre-Dame, a 28 mètres de longueur, 7 mètres 30 centimètres de largeur et 5 mètres de hauteur; elle est éclairée à l'est par trois baies et une grande porte vitrée : ces baies sont fermées par des croisées vitrées à deux ventaux. L'extrémité sud de la salle est éclairée par une grande baie. Le plancher supérieur est soutenu dans le milieu par plusieurs

piliers en bois de chêne : le souspied est parqueté en sapin de Hollande. Cette belle salle est chauffée par deux poêles en faïence, elle est meublée de vingt lits rangés des deux côtés de sa longueur. Les couchettes sont en fer.

Contiguë à cette salle sont deux ou trois chambres qui communiquent directement avec elle et qui servent de desserte et de logement pour les infirmières.

Après avoir traversé le jardin de la salle dont nous venons de parler, l'on arrive au bâtiment (19). Le rez-de-chaussée de ce bâtiment a également été assaini ; pour le rendre moins humide on l'a rétréci dans toute sa longueur en élevant un mur qui le sépare du mur des terrasses, contre lequel il était immédiatement adossé ; on a ménagé ainsi entre le mur de terrasse et le mur de cette salle, un espace de 18 centimètres qui permet à l'air de circuler librement dans cet espace. Cette salle, dite salle Jaune, est carrelée en briques ; elle a quatre grandes baies et une baie de porte ; ces ouvertures sont à l'aspect du midi, fermées par des croisées vitrées à double ventaux. Cette salle est meublée d'un poêle, de dix lits sur une seule rangée en face des croisées, les couchettes sont en bois avec rideaux et literie complète.

La salle Jaune et la salle Notre-Dame, dont nous venons de parler, sont réservées aux aliénées calmes, paisibles et propres.

Les deux étages supérieurs sont distribués en logemens pour divers employés. Un de ces logemens est habité par l'aumônier. Au troisième étage, on a disposé une belle infirmerie pour les femmes aliénées, atteintes de maladies externes. Cette infirmerie est éclairée d'un grand nombre de baies qui s'ouvrent au nord et au midi, qui sont garnies par des barreaux de fer et fermées par des croisées vitrées à deux ventaux. Un poêle en faïence sert à la chauffer. Les lits, au nombre de dix, sont rangés sur un seul côté de la salle. Les couchettes sont en bois, les rideaux en percale ; la literie est complète.

La plus grande, la plus importante, la plus salubre de toutes les améliorations faites sous l'administration de M. Dumaupas, a été exécutée de 1824 à 1828 dans la division des femmes, c'est une belle et vaste construction (22, 23, 24, 27), élevée à l'est du jardin général, assise sur le flanc méridional du coteau, dominant les anciennes constructions de la section des femmes. Feu M. Leroux, architecte de la maison de Charenton, fut chargé de cette grande construction. M. Badenier dirigea et inspecta les travaux.

Ce quartier, d'un extérieur imposant, composé de deux bâtimens semblables, élevés sur une même ligne, a 120 mètres de développement, à l'exposition du midi.

A l'extrémité *est* de la terrasse, se trouve une grille doublée en planches ; au-delà de cette grille la terrasse se continue à l'est plantée d'une double rangée de tilleuls. Sur cette terrasse, qui se termine au jardin particulier des dames, s'élève le bâtiment dont nous allons parler.

On monte au quartier neuf des dames par un large escalier en pierre, qui rampe le long des fondations sur lesquelles s'élève le bâtiment (24). Ce quartier se compose de deux préaux (22 et 27). Le préau (27) n'est bâti que jusqu'au niveau des fondations. Le préau (22) est terminé.

De ce préau (22) planté de beaux arbres (*fig.* 2), qui sert de cour et de promenoir, on jouit d'une vue superbe. Au centre, est l'ouverture d'un égout pour l'écoulement des eaux pluviales. Cette ouverture est recouverte et masquée par une borne-fontaine qui fourni de l'eau abondamment, au-dessus de laquelle s'élève un réverbère. Le préau est entouré des quatre côtés d'une galerie soutenue par des piliers carrés en pierre nue. Le côté méridional de la galerie est plus large que les autres côtés ; il est surmonté d'une terrasse formant attique et borné au midi par une longue grille en fonte qui a ses attaches aux piliers, dont les espaces forment des travées (23).

De cette galerie (*fig.* 2, 1), la vue se promène agréablement sur la campagne la plus variée, la plus riche, la mieux cultivée, et s'étend jusqu'à Paris.

A l'extrémité *est* de cette galerie, s'ouvre une grande porte vitrée derrière laquelle est un chauffoir (*fig.* 2, 2[1]). Eclairée au midi par deux baies munies de barres de fer, pour prévenir les accidens, et fermée par deux croisées vitrées à deux ventaux. Cette salle est meublée d'un poêle en faïence, d'une table, de chaises, de fauteuils en bois de chêne et sert de réfectoire et de salle de réunion pour les dames qui habitent les deux dortoirs suivans.

De cette première salle l'on passe dans deux petits dortoirs (*fig.* 2, 4), dont les croisées s'ouvrent à l'*ouest* sous la galerie *est* du préau. Cette galerie est couverte d'une toiture en tuiles masquée par un attique. Chacun des deux petits dortoirs a 15 mètres de longueur, 3 de largeur, 4 de hauteur. Chacun d'eux est éclairé par quatre baies, et meublé d'un poêle et de sept couchettes en fer avec literie complète. Entre les couchettes, on a ménagé une armoire à hauteur d'appui. Ces armoires sont en bois de chêne, à l'usage de chaque malade qui a, auprès de son lit, une table de nuit et une chaise du même bois.

La galerie nord du préau, outre le rez-de-chaussée, est surmontée de deux étages (*fig.* 2). Au rez-de-chaussée, s'ouvrent sous la galerie, à l'aspect du midi, dix baies fermées par des croisées à deux ventaux, à grands carreaux de vitre, et par un volet en bois qui s'ouvre et se ferme par la galerie, et qui est maintenu ouvert par une serrure perdue dans l'épaisseur du bois. Chacune de ces dix baies éclaire une chambre dont la porte s'ouvre sur un corridor couvert (*fig.* 2, 8) qui règne, au nord, dans toute la longueur de ce bâtiment. Ce corridor, large de 2 mètres, éclairé par dix baies, à l'aspect du nord, est séparé du coteau qui domine la construction par un chemin de ronde (*fig.* 2, 7 ;) ce chemin a 2 mètres de largeur et n'est pas couvert. Ces chambres du rez-de-chaussée sont planchéiées en chêne. Elles ont chacune une cheminée en marbre ; elles sont meublées d'une couchette en fer avec literie complète, d'une commode,

d'une table de nuit, d'un fauteuil et d'une petite table courante. Une glace, posée sur la cheminée, complète leur ameublement.

Les deux étages supérieurs de ce même bâtiment sont divisés comme le rez-de-chaussée. Le corridor, interrompu au rez-de-chaussée par l'appareil des bains, se prolonge jusqu'au-delà de l'ancien escalier (25 *fig.* 1), jusque sur le préau (27). Au lieu de dix chambres comme au rez-de-chaussée, il y en a quatorze au premier étage. Les chambres des étages supérieurs s'avançant sur la galerie; on a pu ménager à chacune, sur le corridor (8 *fig.* 2), un petit antichambre qui peut recevoir un lit pour un domestique. D'ailleurs, les chambres des étages supérieurs ont les mêmes dimensions que celles du rez-de-chaussée. Les portes s'ouvrent sur le corridor (*fig.* 2, 8) qui donne au nord et sur le coteau. Les croisées ont l'aspect du midi. La literie et le reste de l'ameublement est le même que celui des chambres du rez-de-chaussée. Le premier de ces deux étages est occupé par des malades, le second par des *employés*.

Sous la galerie, à l'ouest du préau (24" *fig.* 1) s'ouvrent dix baies avec croisée vitrée à deux ventaux de la même grandeur que les baies des deux autres galeries. Les trois premières baies éclairent une grande salle de réunion (10, *fig* 2), ayant quatre portes et six croisées. Trois croisées s'ouvrent sous la galérie et sur le préau à l'aspect du levant. Les trois autres s'ouvrent au couchant sur le chemin de ronde (7, *fig.* 2). Ces dernières sont garnies de treillages en fil de fer. De cette salle, on communique à une chambre dans laquelle loge une fille de service, et où l'on renferme tous les ustensiles de ménage appartenant à cette salle. Cette salle est meublée de rideaux aux croisées, d'un très-grand poèle en faïence avec sa colonne, de quatre canapés couverts en crin, de trois grandes tables, de plusieurs chaises et fauteuils : tous ces meubles sont en bois de chêne; elle sert de salle de réunion et de travail pour les dames qui habitent ce quartier. Autour de chacune des trois tables, servies proprement en linge et en faïence, les malades se réunissent pour prendre leurs repas. Hors des repas, une dame préside, surveille cette réunion, et distribue à chacune des dames, suivant leurs goûts, quelques ouvrages à l'aiguille, de broderie, de tapisserie.

Toujours, sous la même galerie (*fig.* 1, 24") ouest du préau, et au rez-de-chaussée, s'ouvre une porte vitrée qui éclaire des pièces de dégagement (*fig.* 2), dont l'une conduit au bas d'un escalier qui sert à monter au haut du grand escalier qui conduit au bâtiment neuf dont nous parlons. Les trois baies qui suivent éclairent un très beau dortoir (11, *fig.* 2). Ce dortoir a sept croisées, trois à l'*est* et trois au *nord* : une plus grande à l'exposition du midi; il communique, par une porte vitrée, avec la chambre où couchent les filles de service, et avec la galerie du midi (1, *fig.* 2). Il est meublé d'un grand poèle avec sa colonne en faïence, d'une table, de deux armoires, d'un grand buffet sous la croisée du midi; tous ces meubles sont en bois de chêne; il contient douze lits à couchettes de fer, avec table de nuit, fauteuils et literie complète, rideaux aux lits et aux croisées.

L'étage supérieur a été divisé comme le rez-de-chaussée, en deux grandes salles. Les croisées qui ont l'aspect de l'est et du préau, donnent sur une terrasse qui règne le long et au-dessus de la galerie. Les deux salles de cet étage ont les mêmes dimensions les mêmes, lits, les mêmes meubles que le dortoir du rez-de-chaussée; le deuxième étage n'a pas de distribution et n'est ni meublé, ni habité.

Dans l'angle nord-ouest, formé par les galeries nord et ouest, il a été construit un très-large escalier qui conduit du rez-de-chaussée au second et au troisième étages. La crainte des accidens a forcé d'entourer cet escalier d'un treillage, soutenu par des tringles en fer, ce qui nuit au bon effet et justifie mes principes contre les étages élevés au-dessus du rez-de-chaussée, dans une maison d'aliénés.

Derrière cet escalier, dont elles sont séparées par un mur, se trouvent les latrines (*fig.* 2) qui, malgré toutes les précautions, donnent de l'odeur; cette odeur se répand dans les chambres et les corridors qui les avoisinent, quoiqu'elles en soient séparées, mais elles n'en sont pas isolées par un large courant d'air.

En face des masses de constructions 24 et 25, qui séparent les deux préaux (27 et 22), on trouve une cloison vitrée qui laisse apercevoir le réservoir et les fourneaux pour l'eau des bains (*fig.* 2, 6); la salle des bains est derrière le réservoir et les fourneaux (6, *fig.* 2); elle est demi-circulaire; elle lie la partie des bâtimens inachevés (27), avec la partie qui est terminée et habitée (22). Elle est éclairée par six croisées; plafonnée, dallée en pierres; dans les dalles, il a été creusé un caniveau peu profond pour l'écoulement des eaux.

Les baignoires en cuivre, au nombre de 10 (*fig.* 2) sont parfaitement isolées des murs, séparées les unes des autres par des rideaux en tissu de coton blanc, les dalles sont recouvertes en bois de chêne, afin qu'au sortir du bain, les malades ne posent pas les pieds sur la pierre. Les baignoires sont fixées au sol par leur empatement dans l'épaisseur des dalles. L'eau chaude et l'eau froide jaillissent dans les baignoires, au travers d'une ouverture circulaire pratiquée à l'une des extrémités; on peut, au besoin, recouvrir les baignoires par un couvercle en cuivre, qui glisse sur leurs bords parallèles et qui est fixé par des clavettes; en dehors des baignoires et au pied de chacune, la dalle reçoit une planche en chêne, carrée, percée de deux ouvertures qui laissent passer deux tiges en fer; ces deux tiges font tourner la clef des robinets qui permet à l'eau de surgir dans la baignoire.

Ces dispositions, imitées de ce qui a été fait, il y a plus de quinze ans, dans la salle des bains des *loges* de la Salpétrière, ont plusieurs avantages. Les robinets n'étant pas à la portée des aliénés, sont soustraits aux ébranlemens réitérés que leur font éprouver les malades qui se baignent; ils se dégradent moins souvent et ne communiquent pas de rudes secousses aux tuyaux de conduite. Les aliénés difficiles ne peuvent se cram-

ponner aux robinets, pour mieux résister aux personnes chargées de les mettre dans les bains ou de les en retirer; ne voyant pas les robinets, ne les ayant pas à leur portée, ils n'ont pas la pensée de faire couler l'eau chaude ou l'eau froide pour changer la température du bain. L'eau chaude et l'eau froide, surgissant par la même ouverture dans les baignoires, s'y mêlent mieux. Enfin l'on peut, à l'insu du malade, refroidir ou réchauffer l'eau du bain, sans contrariété ni opposition.

Au milieu de la salle des bains, l'on a établi un long tuyau terminé par un robinet. Ce tuyau est en cuir, flexible et assez long pour porter à volonté de l'eau froide sur la tête des aliénés qui sont dans les baignoires.

Au-dessous de la salle des bains, des réservoirs et des fourneaux, il existe une curieuse construction où l'on voit très-bien la disposition de tout l'appareil hydraulique, et du départ du calorifère qui rampe à fleur du carreau du corridor couvert (*fig.* 2, 8) au nord du bâtiment central. Ce calorifère apporte de la chaleur dans toutes les chambres du rez-de-chaussée de ce même bâtiment.

Au-dessus de la salle des bains, il y a un petit entresol, demi circulaire, éclairé au nord par six baies. Cette salle a un escalier particulier, et peut recevoir dix à douze lits.

Cette portion terminée (24) du bâtiment neuf, contient, au rez-de-chaussée et au premier étage, une salle de bains, deux salles de réunion, cinq dortoirs et vingt-quatre chambres. Toutes ces différentes pièces ont la vue sur le préau (22), et reçoivent l'air et la lumière par de grandes croisées. Toutes sont plafonnées; le sol des dortoirs et des chambres du rez-de-chaussée est planchéité en bois de chêne; les dortoirs et les chambres du premier étage sont carrelés; parquet et carreau tout est peint à l'huile, ciré et frotté.

Toutes les couchettes sont en fer, tous les lits ont une paillasse, deux matelas, un traversin, un oreiller, deux couvertures, des rideaux en tissu de coton blanc, soutenus par une tringle en fer circulaire, formant couronne; auprès de chaque lit une chaise ou un fauteuil, une table de nuit, le tout en bois de chêne vernis et ciré. Dans les chambres particulières, il y a des rideaux blancs aux croisées, une glace sur la cheminée, une commode et des fauteuils en étoffe.

Ce nouveau quartier attire justement l'admiration des personnes qui le visitent, tant par la belle vue dont on jouit, tant par sa bonne distribution, que par l'élégance du mobilier et par la propreté qui est maintenue avec le plus grand soin.

De quelque beauté, de quelque utilité que soit cette grande et belle construction, pour le bien-être et pour le traitement des femmes aliénées de Charenton, nous ne pouvons en dissimuler quelques défauts; si nous signalons ces défauts, ce n'est point par le ridicule désir de critiquer, mais pour qu'on les évite si l'on bâtit un jour un nouveau quartier pour les hommes.

Pour asseoir cette construction, il a été nécessaire de faire une vaste aire sur le flanc du coteau, en enlevant une énorme masse de terre égalant plusieurs mille mètres cubes; force a été, pour soutenir les terres, d'élever des murs d'une grande épaisseur. Ces travaux préparatoires ont augmenté la dépense de près d'un quart. Ce surcroît de dépenses n'est pas le seul résultat fâcheux du choix qui a été fait de cette position des bâtimens neufs. Dominés qu'ils sont par le coteau qui s'élève encore derrière à plus de 12 mètres, l'humidité s'emparera tôt ou tard des murs, pénétrera les habitations et rendra les uns et les autres moins sains et moins durables. Ces constructions ont encore le grave défaut d'avoir deux étages au-dessus du rez-de-chaussée. Pour prévenir les accidens, quoique ce quartier soit destiné aux femmes tranquilles, on a été obligé d'entourer de treillage en fil de fer, l'escalier qui conduit aux étages supérieurs; on a été forcé de garantir les croisées de ces étages par des treillages; enfin, craignant de loger les aliénés dans le troisième étage, on l'a abandonné aux employés, ce qui n'est pas sans grands inconvéniens à cause de l'inévitable communication des employés avec les malades. Les latrines, retirées dans un des angles du bâtiment, sont trop éloignées de l'habitation des malades qui occupent l'angle opposé. Elles exhalent une odeur, souvent fâcheuse, quelque soin qu'on ait pris de les ventiler; elles ne sont pas placées de manière à ce que les malades qui s'y rendent, puissent facilement être observés. Cette surveillance est d'autant plus importante, que les latrines sont choisies souvent par les aliénés qui ont du penchant au suicide, comme un lieu favorable à l'accomplissement de leur dessein, espérant y être moins surveillés.

Depuis vingt-cinq ans, j'ai si souvent exposé les inconvéniens des bâtimens à plusieurs étages, j'ai proclamé si haut les avantages du rez-de-chaussée pour l'habitation des aliénés, que je m'abstiendrai d'en parler ici, d'autant plus qu'en France et à l'étranger on a accueilli et l'on a mis en pratique mes principes sur la construction des maisons d'aliénés. On peut voir l'application de ces principes dans l'établissement d'Ivry dirigé par M. le docteur Mitivié.

Malgré ces défauts qu'il fallait signaler, dans l'espoir de les prévenir plus tard, le nouveau quartier des dames, que nous venons de décrire, est une des meilleures constructions bâties pour les aliénés; elles sont la preuve des efforts de M. Rouillac Dumaupas, pour améliorer l'établissement confié à sa direction; l'ordre et l'économie que ce sage administrateur avait introduits dans l'administration de Charenton, lui permirent d'entreprendre une pareille dépense sans l'assistance de secours étrangers.

En 1830, M. Rouillac Dumaupas obtint sa retraite et fut remplacé par M. Palluy. La bonté, la douceur du caractère, la justice administrative de M. Dumaupas ont fait vivement regretter ce vertueux directeur qui avait rendu de si grands services à la maison de Charenton; après avoir établi les bases d'une bonne administration, d'une facile et loyale comptabilité; après avoir fait toutes les améliorations dont les anciens bâtimens étaient susceptibles, M. Dumaupas avait conçu

l'espoir de rebâtir en entier tous les quartiers de l'établissement dont il connaissait les inconvéniens et les vices. Il commença cette grande entreprise en faisant élever le nouveau quartier des femmes; la dépense dépassa beaucoup toutes les prévisions; les économies et les ressources que procurèrent quelques propriétés improductives furent absorbées; les vœux de M. Dumaupas, pour l'entière reconstruction des bâtimens, resteraient sans effet, si le nouveau directeur, M. Palluy, familier avec les difficultés administratives, au milieu desquelles il a vécu pendant vingt-cinq ans, n'avait apporté dans la direction de Charenton le zèle, l'activité, le savoir et l'intelligence qui l'avaient fait distinguer dans les hautes fonctions qu'il avait déjà remplies et qui lui méritèrent la direction de ce grand établissement.

Depuis l'année 1830 jusqu'à celle de 1834, cet habile administrateur a fait exécuter de nombreuses améliorations.

Les murs de clôture ont été élevés dans les portions qui pouvaient favoriser les évasions.

La salle Notre-Dame (4) a été presque entièrement refaite en 1832. Elle a été mise en communication avec le jardin (18) de la salle Sainte-Anne (19), et elle est devenue une des habitations les plus saines et les plus agréables.

Dès l'année 1833, cent couchettes en fer ont été substituées aux couchettes en bois; cette heureuse substitution continuera jusqu'à ce qu'il n'y ait plus que des lits en fer partout où ces lits seront sans danger pour les aliénés. Les énormes couchettes, scellées dans les murs, dont nous avons parlé en décrivant les corridors et les cellules du quartier des hommes, ont presque toutes été détruites en 1834, et ont été remplacées par des couchettes moins effrayantes par leur masse, plus commodes, plus meublantes et surtout plus faciles à maintenir propres.

La lingerie a été pourvue d'une plus grande quantité de linge.

Le régime alimentaire des pensionnaires de troisième classe s'est amélioré.

La masse de terre de plusieurs mille pieds cubes, rapportée pour préparer l'assise du nouveau bâtiment des femmes, et qui forme à l'ouest du jardin général comme un avant-corps de terrasse, a pris une forme régulière. Les talus ont été aplanis et consolidés par des semis, des rampes douces ont été pratiquées sur les flancs de ces talus, et ont été plantés d'arbres; des haies vives, des allées ont été aussi plantées sur le sommet de ces terres nivelées. Ces heureuses dispositions ont contribué à rendre la promenade du jardin général plus étendue, plus variée et plus ombragée.

Le projet de bâtir la division des hommes a vivement excité la sollicitude du nouveau directeur; un examen attentif des localités a été fait; l'emplacement le plus convenable pour les nouvelles constructions a été discuté et choisi; le programme a été rédigé; les plans ont été étudiés avec les architectes, tracés par eux, et soumis à l'approbation du gouvernement. Des inspecteurs généraux des bâtimens civils, le ministre de l'intérieur, après avoir visité, au mois d'octobre 1833, tout l'établissement dans les grands détails, ont reconnu l'impossibilité d'améliorer le quartier des hommes, l'urgence de faire disparaître tous les bâtimens de ce quartier, et la nécessité d'élever des constructions mieux appropriées aux besoins des aliénés. En satisfaisant à un devoir de justice et d'humanité, le gouvernement mettra enfin l'établissement de Charenton en état de remplir entièrement sa haute destination.

Après avoir fait connaître les constructions de cet établissement, sa partie matérielle, nous devons exposer les principes qui dirigent l'administration. Nous ne saurions mieux faire que de suivre le réglement qui organisa, en 1814, toutes les parties du service; ce guide nous empêchera de nous égarer.

Le besoin de créer, pour Charenton, une administration régulière, négligée sous la direction de M. de Coulmier, était vivement senti depuis long-temps. Depuis long-temps on sentait la nécessité d'un réglement qui concentrât la direction administrative entre les mains du directeur, tandis que le médecin en chef dirigerait les moyens curatifs et la police médicale des aliénés. Après de justes réclamations de la part de M. Dumaupas, directeur, et de M. Royer-Collard, médecin en chef, le 25 octobre 1814, M. de Montesquieu, alors ministre de l'intérieur, donna un réglement qui pourvut à tous les services administratifs et sanitaires. Je publie les principales dispositions de ce réglement qui, depuis vingt ans, est exécuté, sauf quelques modifications partielles, quelques changemens de détails. Cette publication pourra être de quelque utilité pour d'autres établissemens semblables qui manquent encore de réglement.

Titre premier. La maison de Charenton, conformément à sa fondation, se compose d'un hôpital de quatorze lits pour les pauvres du canton : on y reçoit les aliénés des deux sexes, les uns payant pension, les autres à titre de pension gratuite. Les admissions gratuites sont réservées à la nomination du ministre. Le nombre des places gratuites est fixé à vingt-quatre. Le ministre se réserve d'accorder à vingt pensionnaires une réduction ou remise du quart ou de la moitié des pensions de troisième classe; ces réductions ne peuvent être au-dessous de 300 fr. Le nombre de ces pensions gratuites ou réduites a beaucoup varié, nous indiquons ces variations pour faire mieux apprécier l'utilité de la maison de Charenton et les services qu'elle rend particulièrement aux classes les plus intéressantes de la société, car ces pensions sont ordinairement accordées à des littérateurs, à des professeurs, à des artistes, à des peintres, à des négocians, à des ecclésiastiques et à des employés dans les divers ministères ou à leurs femmes et à leurs enfans.

1er décembre 1815,	pensions gratuites	21
	réduites	48
1er décembre 1816,	pensions gratuites	23
	réduites	43
1er décembre 1827,	pensions gratuites	27
	réduites	32

1er décembre 1828,	pensions gratuites	37
	réduites	32

Cette augmentation dans le nombre des pensions gratuites, pour l'année 1828, provient de dix nouvelles places créées par décision du ministre le 8 avril 1828; une somme de 6,000 francs est appliquée à cette dépense annuelle et payée mensuellement sur les fonds de secours du ministère de l'intérieur.

1830,	pensions gratuites	54
	réduites	24

Quinze nouvelles places gratuites ont été créées par décision du 18 janvier 1830, payables sur les fonds de secours du ministère de l'intérieur à raison de 700 francs pour chaque place.

1833,	pensions gratuites	65
	réduites	38

Sur la proposition de M. le directeur, et par décision du 31 décembre 1832, quatorze nouvelles places ont été créées; la dépense est imputée sur un excédant de 10,000 fr., que présente l'allocation de 40,000 fr., votés tous les ans au budget de l'état et qui est destinée au paiement des pensions gratuites ou réduites accordées par le ministre de l'intérieur conformément aux réglemens. Le ministre a créé en outre dans la même année trois places à raison de 700 francs chacune.

Nous voyons ainsi augmenter successivement le nombre des pensions gratuites ou réduites. Elles étaient fixées par le réglement de 1814 à 24 pensions gratuites et à 20 réduites; elles s'élèvent au 1er janvier 1834 à 65 gratuites et à 38 réduites. Ainsi au 31 décembre 1815 ces pensions n'étaient qu'au nombre de 69, elles s'élèvent à 103 au 31 décembre 1833.

L'article 4 du réglement porte qu'il y aura trois classes de pensions :

La première de 1,200 fr. et au-dessus;
La deuxième de 900 fr.;
La troisième de 600 fr.

En sus de cette fixation, il doit être payé pour chaque pensionnaire un supplément additionnel de 5 pour 0/0.

Le renchérissement de toutes choses, surtout celui des comestibles, a rendu insuffisant, particulièrement pour les pensionnaires de troisième classe, le prix des pensions fixé en 1814; les dépenses de chaque malade étant bien supérieures à ce prix, force a été de l'augmenter sur la demande du directeur, approuvée par la commission de surveillance; le ministre de l'intérieur a décidé, le 10 janvier 1831, que le prix des pensions serait fixé à l'avenir ainsi qu'il suit :

Première classe	1,300
Deuxième	1,000
Troisième	720

Nul pensionnaire, dit le réglement, ne peut être admis dans la maison qu'autant qu'il est payé d'avance un mois au moins de sa pension, et qu'il a été souscrit par ses parens, tuteurs ou amis, un engagement en bonne forme de payer exactement, et aux termes convenus, les mois de pension suivans, et de retirer le malade lorsque le directeur le requiert. Un mois commencé doit être payé en entier, soit que le malade meure, soit qu'il quitte la maison avant l'expiration de ce mois.

MODÈLE DE L'ENGAGEMENT PRIS PAR LA FAMILLE.

Je soussigné étant ce jour à Charenton, agissant au nom et comme promets et m'oblige de payer annuellement et d'avance, par trimestre ou de mois en mois, à mon choix, à M. le directeur de la maison royale de Charenton, ou au receveur de ladite maison, la somme de blanchissage compris, pour la pension de M. qui vient d'être admis dans ladite maison; et ce, pendant tout le temps qu' y demeurera, ensemble le mois de sa sortie ou de son décès, comme s'il était entièrement expiré; je m'oblige en outre à retirer l malade à la première demande de M. le directeur.

Charenton, ce

Les militaires valides ou invalides, les marins, peuvent seuls être admis à prix de journées; le minimum de ce prix est de 1 franc 50 centimes pour les soldats, le maximum de 3 francs pour les officiers.

L'établissement est administré par un directeur sous l'autorité du ministre de l'intérieur, et sous la surveillance d'une commission spéciale nommée à cet effet par le ministre. Le directeur est secondé par un économe garde-magasin, par un receveur, un préposé aux entrées, un architecte et par des commis expéditionnaires.

L'étendue de la correspondance ayant augmenté avec la population, il a été créé, le 4 octobre 1816, un secrétaire en chef de l'administration.

Un arriéré considérable sur les pensions, des recouvremens importans à faire sur d'anciennes créances, des revenus négligés ou même inconnus, ont fait créer un employé exclusivement chargé de cet objet; on a donc nommé provisoirement, le 3 février 1830, un agent judiciaire qui a été institué définitivement le 1er octobre de la même année. Cet agent poursuit tous les recouvremens arriérés anciens ou nouveaux. Cette augmentation d'employés avait été prévue par l'article 9 du réglement.

Le directeur, le médecin en chef et le chirurgien en chef, sont nommés par le ministre de l'intérieur sur une liste triple présentée à cet effet par la commission de surveillance. Le médecin-adjoint, le médecin-inspecteur du service de santé, sont nommés sur la triple présentation du médecin en chef qui a pris l'avis du directeur. L'économe, le receveur, le préposé aux entrées, l'architecte, sont nommés sur une triple liste présentée par le directeur.

Les élèves en médecine sont nommés par le directeur sur la présentation du médecin en chef. Le directeur nomme les commis.

Le TITRE II règle les formalités à remplir pour les admissions et les sorties des malades.

Le respect pour la liberté individuelle a fait poser en principe qu'à moins d'une nécessité évidente et urgente, nul ne serait admis à Charenton, à titre de pensionnaire, que sur la présentation d'un jugement d'interdiction, d'un ordre de la police, motivé sur l'existence constatée d'une maladie mentale ou d'une réquisition du maire du lieu d'habitation du malade, appuyée d'un certificat de deux médecins et de l'extrait de naissance.

MODELE DE LA RÉQUISITION DU MAIRE.

Le maire d arrondissement d département d sur la demande de M. (*le chef de famille, sa profession et son domicile*), et vu le certificat de M. médecin à en date du prie et requiert M. le directeur de la maison royale de Charenton, de recevoir dans ladite maison M. (*les nom, prénoms, profession et domicile de l'aliéné, et son degré de parenté avec le chef de sa famille, qui requiert l'admission*) pour y être traité à ses frais, ou à ceux de sa famille, de la maladie mentale dont il est atteint.

Fait à le

Vu pour la légalisation de la signature de M. le maire d par nous, sous-préfet d le 18

Les marins, les militaires ne sont reçus qu'à la représentation d'un ordre émané de l'autorité dont ils dépendent, ou d'un billet d'hôpital.

Les formalités pour la sortie, que les malades soient guéris ou ne le soient point, sont les mêmes. Le médecin en chef constate et certifie l'état de la santé de celui qui doit sortir. Ce certificat atteste la guérison si elle a lieu. Il indique les caractères de la maladie, les dangers que le malade peut courir, ainsi que les personnes qui l'entourent, et les désordres qu'il peut provoquer lorsque la sortie est demandée avant la guérison. Ce certificat est adressé au maire qui a requis l'admission pour qu'il autorise la sortie. Il en est de même à l'égard de la police ou de l'autorité qui a délivré le billet d'admission d'un aliéné errant sur la voie publique; mêmes formalités pour un marin ou pour un militaire.

Si l'individu qui sort guéri est interdit, le procureur du roi, près le tribunal qui a prononcé l'interdiction, doit être prévenu.

Le TITRE III détermine les attributions de la commission de surveillance. Cette commission se compose de cinq membres nommés par le ministre. Les fonctions qu'elle remplit sont gratuites. Cette commission n'administre pas; ses membres, collectivement ou individuellement, surveillent tous les détails de l'administration. Chaque membre à son tour visite l'établissement au moins une fois la semaine, indépendamment des visites que la commission fait collectivement aussi souvent qu'elle le juge utile. La commission a pour devoir d'observer tout ce qui se passe dans l'établissement; de vérifier les comptes du directeur et des autres employés; de se faire informer des mesures prises par eux relativement à leur service; de se faire représenter les registres, de les parapher; d'arrêter le budget des dépenses; de faire connaître au ministre les abus à réformer, les améliorations qu'elle croit nécessaires; de rédiger tous les ans un compte général et détaillé de ses observations sur toutes les parties du service, ainsi que sur la conduite, le zèle, la capacité des personnes attachées à l'établissement.

Le TITRE IV règle les fonctions du *directeur*.

Le directeur est le chef général de l'établissement et du service administratif en particulier. Tous les employés lui sont subordonnés; les préposés au service médical, sont surveillés par lui en ce qui touche la conduite, le bon ordre et l'exactitude. Il régit les biens et les revenus de la maison, il passe les baux à ferme et les loyers qu'il fait approuver par le ministre. Les actions qu'il est indispensable de porter devant les tribunaux, sont poursuivies à sa requête. Il en est de de même des actions portées contre l'établissement. Dans les deux cas il doit être autorisé par le ministre.

Le directeur pourvoit à tous les services économiques, ordonne toutes les dépenses, mais il ne peut conclure aucun marché, aucune adjudication qui s'élèvent au-dessus de 3,000 francs. Il paraphe les divers registres tenus par les employés, vérifie tous les mois la caisse du receveur et fait l'inspection des effets, matières et approvisionnemens; il ordonne et fait exécuter, sous la direction de l'architecte, les réparations qui ne dépassent pas 3,000 francs; il consulte le médecin en chef pour toutes les constructions et réparations qui sont relatives à la salubrité, à la classification et au traitement des malades.

Le TITRE V traite de l'*économe garde-magasin*. L'économe a sous sa garde tous les objets de mobilier, de comestibles, d'approvisionnement; il pourvoit à toutes les dépenses qui se font sans adjudication. Il reçoit à cet effet les fonds du receveur sur les ordonnances du directeur; il tient registre pour inscrire ces fonds et ces dépenses; il enregistre tous les objets de consommation et de mobilier; ceux qui proviennent du jardin et des bestiaux; les pertes, les dégâts du mobilier, du linge, des animaux. Tous les registres en matières et en comptabilité sont séparés et arrêtés par exercice chaque année.

La lingerie est sous la garde de l'économe, elle est remise pour les détails à une femme nommée par le directeur. Le linge, les vêtemens des aliénés sont déposés à la lingerie dans une salle particulière et sont classés par numéro. Ce numéro est marqué sur chaque pièce de linge et de vêtement. Il est tenu registre du linge et hardes de chaque malade, ainsi que de l'argent, des bijoux, etc., dont chacun est pourvu en entrant dans la maison.

L'économe surveille toutes les parties de la cuisine, la distribution des alimens; il veille à ce que les portions soient conformes au réglement et aux feuilles de visites.

Titre vi. *Du receveur.* La recette, la perception des revenus de la maison, des pensions, des prix de journées, des legs, des dotations sont confiés au receveur qui est comptable. Le receveur doit fournir un cautionnement de 10,000 fr. Il ne fait aucune recette sans l'ordre du directeur, il remplit les fonctions de payeur, il paie sur pièces justificatives ordonnancées par le directeur : ses registres sont tenus en parties doubles. Le livre de caisse est balancé tous les mois par le directeur et tous les trois mois par un membre de la commission de surveillance; le receveur tient un compte ouvert pour chaque fermier adjudicataire ou locataire de biens et de maisons appartenant à l'établissement, pour chaque fermier ou entrepreneur; pour chaque pensionnaire; pour chacune des administrations de la guerre, de la marine et des invalides; pour les appointemens des employés et les gages des domestiques, enfin pour l'économe auquel il donne des fonds pour les dépenses dont celui-ci est chargé.

Nous avons parlé page 92, de la création et des fonctions de l'agent judiciaire.

Titre vii *Du préposé aux réceptions.* Ce préposé est spécialement chargé de la tenue du registre d'entrées, de sorties, de décès, des malades admis à quelque titre que ce soit. L'enregistrement ne peut se faire que d'après un bulletin délivré par le directeur. Sur ce registre sont inscrits en autant de colonnes, le nom, l'âge, le sexe, la profession, le lieu de naissance, la date de l'entrée, de la sortie ou de la mort, le nom et la demeure des parens ou des correspondans des malades, la désignation de l'autorité qui a délivré l'ordre de la réception, l'indication du prix de la pension et des prix de journées ainsi que celui des abonnemens pour vêtemens, linge, déjeuners extraordinaires, bois, etc. Enfin il est noté, pour chaque entrant, si la pension est gratuite ou réduite.

Les entrées, les sorties, les décès des pauvres du canton sont inscrits sur un registre à part distinct de celui des aliénés.

Le même préposé tient registre des noms, prénoms, date d'entrée et de sortie de tous les employés avec la désignation de leurs fonctions, de leurs honoraires, de leurs appointemens et de leurs gages. Ces divers registres sont arrêtés tous les mois par le directeur et signés tous les trois mois par un membre de la commission de surveillance.

Titre viii. *Régime alimentaire.* Il y a dans la maison trois sortes de régimes correspondant aux trois classes de pensions établies dans le titre premier du réglement, art. 4.

A la table commune présidée par le directeur assistent tous les employés de la maison avec les aliénés convalescens ou encore malades appartenant à la première classe, les militaires et marins reçus au maximum du prix de journée. Les aliénés de la deuxième classe, les marins et les militaires sous-officiers ont droit d'assister à cette table deux fois par semaine.

Le médecin en chef désigne toujours les malades et les convalescens qui doivent manger à la table du directeur.

TABLEAU DU RÉGIME.

Le déjeûner de la table commune est servi à onze heures et le dîner à six heures.

Le déjeûner est distribué dans les corridors, dans les dortoirs et les infirmeries à sept heures du matin, le dîner à onze heures, le souper à cinq heures.

PREMIÈRE CLASSE.

Régime gras.

Pain pour la journée. . . . 69 décagrammes (22 onces.)
Vin pour la journée. . . . 5 décilitres (1/2 pinte 1/10.)

On ne donne aux femmes que les deux tiers de la portion de vin accordée aux hommes.

Déjeûner pour les hommes.

Fromage. . . . . 4 décagrammes (1 once 2 gros.)

Ou l'équivalent quant au prix en beurre, ou fruits frais ou secs.

Déjeûner pour les femmes.

Café au lait. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)

Dîner pour les hommes et pour les femmes.

Soupe et bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Bouilli. . . . . 13 décagr. (4 onces 2 gros.)
Première entrée en viande. . 16 décagr. (5 onces 1/2 gros.)
Viande rôtie. . . . . 16 décagrammes (*idem.*)

Ou l'équivalent quant au prix en poisson frais ou volaille.

Fromage pour dessert. . . 4 décagrammes (1 once 2 gros)

Ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.

Souper.

Viande rôtie. . . . . 16 décagr. (5 onces 1 gros 1/2)
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros)

Dessert.

Fromage. . . . . 4 décagrammes (1 once 2 gros.)

Ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.

Régime maigre.

Pain, vin, déjeuner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres.
Poisson frais, morue. . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 g.)
Œufs. 2
Légumes secs . . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)

Dessert.

Fromage. . . . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)
Ou l'équivalent en fruits.

Souper.

Poisson frais. . . . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 grains.)
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais, salade. 30 décagr. (8 onces 5 gros.)

Dessert.

Fromage. . . . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)
Ou l'équivalent en fruits.

DEUXIÈME CLASSE.

Régime gras.

Pain pour la journée. . . 69 décagrammes (23 onces.)
Vin pour la journée. . . . 5 décilitres (1/2 pinte 1/10.)
Les femmes n'ont que les deux tiers de la portion de vin.

Déjeûner des hommes.

Le tiers de pain et du vin qu'ils doivent avoir pour la journée.

Déjeûner des femmes.

Comme celui des hommes, mais on remplace généralement le vin du matin par du lait. . . 48 centilitres (1/2 pinte.)

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Bouilli. . . . . 13 décagr. (4 onces 2 gros.)
Ragout de viande. . . . . 16 décagr. (5 onces 1 gros 1/2.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)

Souper.

Viande rôtie. . . . . 13 décagr. (4 onces 2 gros.)
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)

Dessert.

Dessert le dimanche et le jeudi seulement.
Fromage. . . . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)
Ou l'équivalent en fruit.

Régime maigre.

Pain, vin, déjeûner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Harengs ou œufs. 2
Ou l'équivalent en poisson frais.
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)

Souper.

Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Oeufs ou l'équivalent pour le prix. 1 1/2

TROISIÈME CLASSE.

Régime gras.

Pain pour la journée. . . 96 décagrammes (32 onces.)
Vin pour la journée. . . . 5 décilitres (1/2 pinte 1/10.)
Les femmes n'ont que les deux tiers du pain. . . 72 décagrammes (24 onces.)

Déjeûner.

Le tiers du pain et du vin.
Le pain seulement pour les malades gratuits.
On remplace le vin des femmes par du lait. . . 48 centilitres (1/2 pinte.)

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Bouilli. . . . . 13 décagr. (4 onces 2 gros.)
Légumes frais. . . . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 grains.)

Souper.

Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou salade. . . . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 grains).
Le dimanche et le jeudi viande rôtie ou en ragout. 13 décagr. (4 onces 2 gros).

Régime maigre.

Pain, vin, déjeûner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Harengs salés. 1
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 de litron.)

Souper.

Legumes secs. . . . . 2 décilit. (1/3 de litron.)
Fromage. . . . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)

Les malades indigens du canton et les aliénés reçus, soit à titre gratuit, soit à titre de pension réduite, sont sensés appartenir à la troisième classe, et jouissent du régime déterminé pour cette classe. Il en est de même des militaires et des marins reçus au minimum du prix de journée.

Le médecin, pendant la visite, a le droit de modifier le régime et de substituer un aliment à un autre, le régime gras au régime maigre et réciproquement : mais alors, ces prescriptions de régime doivent être écrites tous les jours sur les feuilles de visite.

Outre le régime alimentaire déterminé pour chaque classe de malades, conformément à l'article 85 du réglement, il y a deux tables communes dans la maison, l'une pour les employés et les aliénés de l'un et de l'autre sexe qui sont jugés par le médecin en chef capables d'y assister; l'autre pour tous les gens de service attachés

à l'établissement. Le régime de ces deux tables est composé de la manière suivante.

PREMIÈRE TABLE COMMUNE.

En gras.

Pain pour la journée. . . 69 décagrammes (23 onces.)

Déjeûner pour les hommes.

Vin. . . . . 20 centilitres (1 roquille 1/4 de pinte.)
Fromage. . . . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)

Déjeûner pour les femmes.

Café au lait, léger. . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Vin. . . . . 5 décilitres (1/2 pinte 1/10.)
Bouilli. . . . . 15 décagr. (4 onces 7 gros 16 grains.)
Entrée en viande. . . . 16 décagr. (5 onces 1 gros 36 grains.)
Rôtis en viande de boucherie ou volaille. . . . . 13 décagr. (4 onces 2 gros.)
Légumes frais pour entremet. 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou l'équivalent en pâtisserie ou en crême.
Fromage pour dessert. . . 4 décagr. (1 once 2 gros.)
Et, de plus, l'équivalent, quant au prix, en fruits secs et frais.

Souper.

Légumes frais. . . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou légumes secs. . . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Ou œufs. 2
Ou riz au lait. . . . 36 décilitres (3/8 pinte.)
Vin. . . . . 25 centilitres (1/4 pinte 1/15.)

Deux fois la semaine.

Rôti en viande de boucherie. 15 décagr. (4 onces 7 gros 16 grains.)
De plus, dessert comme au dîner.

Régime maigre.

Pain, vin, déjeûner, comme au régime gras.

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Poisson salé ou frais. . . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 grains.)
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Ou légumes frais. . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
OEufs. 2
Dessert comme au régime gras.

Souper.

Légumes frais. . . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou légumes secs. . . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Ou œufs. 2
Ou riz au lait. . . . 48 (centilitres 1/2 pinte.)
De plus, dessert comme au dîner.

DEUXIÈME TABLE COMMUNE.

En gras.

Pain pour la journée. . . 1 kilog. (2 livres fortes.)
Vin pour la journée. . . 5 décilitres (1/2 pinte 1/10.)

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Bouilli. . . . . 15 décagr. (4 onces 7 gros 16 grains)
Légumes frais. . . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou légumes secs. . . . 2 décilitres (1/3 litron.)

Souper.

Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Viande rôtie ou en ragout. . 8 décagr. (2 onces 4 gros 66 grains.)

Régime maigre.

Dîner.

Soupe, bouillon. . . . 48 centilitres (1/2 pinte.)
Harengs salés. 2
Légumes secs. . . . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Ou légumes frais. . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)

Souper.

OEufs. 2
Légumes frais. . . . . 36 décagr. (12 onces 6 gros.)
Ou légumes secs. . . 2 décilitres (1/3 litron.)
Ou salade. . . . . 25 décagr. (8 onces 1 gros 26 grains.

TITRE IX. *De l'habillement et des abonnemens autorisés par les parens.* Les aliénés sont habillés à leurs frais soit immédiatement par leurs parens ou par leurs tuteurs, soit par l'entremise de la maison.

Les parens ou les tuteurs peuvent s'abonner annuellement pour ces sortes de fournitures. Il en est fait mention au registre de réception, ainsi que des abonnemens dont il va être parlé.

Les vêtemens, le linge, que les parens ou la maison fournissent, sont confiés à l'économe, inscrits au registre de la lingerie et numérotés du numéro de la case de la lingerie dans laquelle ces objets sont déposés. A la sortie ou au décès des pensionnaires, tout ce qui est en état d'être rendu, est remis aux malades ou à leurs parens, décharge en est donnée à l'économe.

L'établissement fournit la couchette, la literie, les draps, les couvertures, les camisoles, les chemises, les gilets, les bas, les serviettes, les mouchoirs de poche, les cravates, les fichus, les bonnets, les coiffes de nuit, et les bandages restent à la charge des familles.

Les militaires, les invalides et les marins sont habillés par la maison, leur linge de corps et les autres pièces de leur vêtement sont aussi à sa charge. A leur sortie, ils n'emportent que l'équivalent de ce qu'ils avaient en entrant dans l'établissement.

Les malades du canton, s'habillent à leurs frais à moins qu'ils soient trop pauvres, le linge et les vêtemens leur sont fournis par l'établissement.

La maison est chargée du blanchissage ainsi que de l'entretien du linge des malades ; mais pour ce dernier objet les parens des pensionnaires paient une indemnité qui ne peut s'élever au-dessus du 30e du prix de la pension.

Les parens ou les tuteurs s'abonnent pour le tabac, le café, le chocolat, et autres objets de consommation ; il en est de même pour le bois de chauffage des malades qui ont des chambres à cheminée.

Titre x. *Service médical.* Le service médical est sous l'autorité du médecin en chef, secondé par le médecin adjoint, l'inspecteur du service de santé, et les élèves en médecine.

Le médecin en chef n'est point obligé de résider dans la maison, il est chargé du traitement des aliénés de l'un et de l'autre sexe, ainsi que du traitement des maladies internes, soit dans les différens quartiers ; soit dans les infirmeries, soit dans la salle des indigens du canton.

Le médecin en chef ordonne tout ce qui est relatif au régime physique et moral des aliénés. Il dirige la police médicale, prescrit le classement des malades, soit à leur arrivée, soit pendant leur séjour : il détermine le degré de liberté interieure ou extérieure dont chacun doit jouir ; il autorise la visite des parens ; indique les récompenses, les punitions, le mode de travail et de distractions convenables à chacun. Il délivre tous les certificats de sortie, et constate si les sortans sont guéris ou non. Il signe les bulletins médicaux envoyés aux parens des malades tous les quinze jours, je joins un modèle de ce bulletin.

M

MAISON ROYALE DE CHARENTON.

BULLETIN MÉDICAL.

État mental. . .

État physique. .

Pronostic. . . .

Charenton, le 183

Le médecin en chef.

La visite des aliénés est faite tous les jours par le médecin en chef, ou par le médecin adjoint. Le médecin inspecteur du service de santé et l'élève de garde font une visite tous les soirs.

Pendant la visite, le médecin en chef ou le médecin adjoint est assisté par l'inspecteur du service de santé, par le pharmacien, par les élèves en médecine, par l'infirmier en chef dans la division des hommes ; et par la première surveillante, les sous surveillantes et les infirmières dans la division des femmes. Les cahiers de visite sont tenus par un élève en médecine et par le pharmacien.

Le médecin fait inscrire sur le cahier de visite les médicamens, le régime alimentaire, le nom des pensionnaires qui doivent manger à la table commune : toutefois, on n'inscrit sur le cahier de visite que le nom des aliénés pour lesquels il est fait des prescriptions alimentaires particulières. Les autres sont portés en masse au bas de la feuille de chaque jour comme ayant droit à la portion entière.

Tous les ans le médecin en chef rend un compte statistique et moral sur les aliénés admis à Charenton pendant l'exercice précédent. Ce compte est lu à la commission de surveillance, et ensuite il est envoyé au ministre de l'intérieur. (1)

Le médecin en chef a la haute surveillance sur les élèves en médecine, sur les infirmiers, et les infirmières, sur le surveillant de la division des hommes, et sur les surveillantes de la division des femmes. Il fait la visite de la pharmacie et des médicamens toutes les fois qu'il le juge convenable. Il est consulté lorsque des changemens dans les bâtimens et dans leur distribution intérieure, sont jugés utiles : il est aussi consulté, lorsqu'on doit faire des constructions nouvelles.

La salle des bains, l'appareil des douches sont inspectés tous les six mois par le directeur, l'architecte, et le médecin en chef. Sur la demande de celui-ci, il est fait les changemens et améliorations jugés favorables à une meilleure administration de ces moyens de traitement.

Le médecin adjoint doit résider dans l'établissement. Il remplace le médecin en chef dans toutes les parties du service médical toutes les fois que celui-ci est absent. Il a la surveillance spéciale de la pharmacie.

Le chirurgien en chef créé par le réglement de 1814, est chargé du traitement des maladies externes des aliénés, et des pauvres du canton. En 1833, il lui a été donné un adjoint, par arrêté du ministre.

Le chirurgien en chef prescrit le régime des malades qu'il traite dans les infirmeries des aliénés et dans l'hôpital des indigens. L'élève en chirurgie suit sa visite et inscrit le régime et les prescriptions sur les cahiers des visites de chaque jour. M. Deguise, qui a remplacé M. Deguise père, remplit honorablement les fonctions de chirurgien en chef.

(1) *Voyez* plus bas les comptes moraux et statistiques depuis 1826 jusques à 1834.

Tous les six mois le médecin en chef, le chirurgien en chef, le médecin adjoint, l'inspecteur du service de santé, le pharmacien, se réunissent chez le directeur pour lui communiquer leurs vues sur les moyens d'améliorer le service médical.

Le réglement de 1814, en créant quatre élèves en médecine, donna des attributions particulières au premier de ces élèves. Mais le 14 janvier 1820, sur la demande de M. Royer-Collard alors médecin en chef, les attributions du premier élève furent supprimées et il fut créé un médecin inspecteur du service de santé. Le médecin inspecteur doit être choisi parmi les jeunes docteurs.

Il est nommé par le ministre, sur la présentation du médecin en chef. Il réside dans la maison. La place d'inspecteur du service de santé fut donnée le 8 février 1820 au docteur Rohce qui mourut en 1823, et ne fut pas remplacé. En 1827 je réclamai la nomination d'un inspecteur du service de santé, M. le docteur Calmeil fut nommé. Sa nomination d'abord temporaire devint permanente par décision ministérielle du 7 août 1832.

L'inspecteur du service de santé est sous l'autorité immédiate du médecin en chef; il reçoit ses instructions, lui rend compte jour par jour de ce qu'il observe, l'informe de tout ce qui est relatif au service médical; il l'aide dans ses recherches, il observe les changemens qui ont lieu dans la marche du délire de chaque aliéné, il tient note des maladies accidentelles qui se manifestent et viennent compliquer les affections cérébrales, afin d'en instruire le médecin lors de sa visite. Il s'assure de l'exacte administration des médicamens et des autres prescriptions, il accompagne les médecins dans leurs visites, il est présent toutes les fois que la douche est administrée ou que des moyens de répression sont mis en usage, il ordonne dans l'intervalle d'une visite à l'autre, lorsque cela est nécessaire, mais il doit en rendre compte à la visite du lendemain. Il fait pendant la journée plusieurs visites dans les différens quartiers, particulièrement auprès des aliénés qui sont actuellement en traitement.

L'inspecteur du service de santé a la surveillance directe des élèves, il les dirige dans leurs fonctions, dans la rédaction des observations dont ils sont chargés, dans celle des ouvertures des cadavres qu'il fait ou fait faire en sa présence lorsque le médecin est absent; il inspecte la tenue des cahiers de visite, du registre médical et des feuilles de régime.

Le réglement de 1814 avait confié le service de la pharmacie à un élève, plus tard on créa un pharmacien et un élève; enfin, en 1828, par décision du 9 août, il n'y eut plus qu'un pharmacien. La tenue de la pharmacie, la garde des médicamens, leur préparation et leur distribution appartiennent au pharmacien sous l'autorité du médecin en chef, et sous la surveillance du médecin adjoint. Les médicamens ne sont reçus qu'après la visite du médecin adjoint et celle du pharmacien. Celui-ci tient un registre de recette où sont portées jour par jour, les substances reçues pour la pharmacie, indiquant la date de la livraison, le nom du fournisseur, la quantité et la qualité des substances reçues, et la date de l'ordonnance du directeur; il tient aussi registre des substances consommées. Ces registres sont arrêtés tous les mois par le directeur, et paraphés tous les trois mois par un membre de la commission de surveillance. Un double de ces registres est déposé chaque mois chez le directeur. Le pharmacien suit la visite des médecins et des chirurgiens, et écrit les prescriptions sur le cahier de visite; les boissons simples sont administrées aux malades par les infirmiers, les médicamens du matin sont distribués par le pharmacien; celui-ci fait prendre devant lui et devant le surveillant de service de santé, ou l'élève de garde, les médicamens qu'il serait dangereux de confier aux infirmiers.

Un infirmier, garçon de pharmacie, est spécialement nommé pour l'office de la pharmacie.

Des élèves en médecine et en chirurgie sont attachés au service sanitaire. Le réglement de 1814 avait fixé leur nombre à quatre et avait assigné des fonctions spéciales au premier élève. L'art. 136 du réglement dit que, indépendamment des élèves internes, il pourra être admis dans la maison des élèves externes, nommés par le directeur sur la présentation du médecin en chef; que la durée de leurs fonctions est de deux ans; et qu'ils doivent être choisis de préférence pour les places d'élèves internes devenues vacantes. Il résultait de ces dispositions que les mêmes élèves passaient cinq ans dans la maison, ce qui donnait lieu à plusieurs inconvéniens que je signalai à l'autorité. D'après mes observations, appuyées par le directeur, le ministre adopta, le 9 août 1832, une nouvelle organisation pour les élèves en médecine et en chirurgie. Il n'y a plus à l'avenir, dans la maison, que trois élèves ayant le titre d'élèves internes, et des attributions semblables; ils ne sont nommés que pour trois ans. L'un d'eux est attaché à la chirurgie, et sous les ordres du chirurgien en chef; les deux autres appartiennent à la médecine. Ils sont nommés les uns et les autres par le directeur, sur la présentation du médecin en chef; ils doivent avoir pris douze inscriptions dans l'une des facultés de médecine.

Les élèves en médecine et l'élève en chirurgie suivent les visites des médecins et des chirurgiens, et tiennent les cahiers de visite. Les cahiers de visite sont divisés en plusieurs colonnes; sur chacune d'elles sont inscrits le nom des malades, la date de leur entrée, le caractère de leur délire, le régime gras ou maigre, la prescription des médicamens internes ou externes, les bains, les douches, les récompenses, les visites des parens, la permission de se promener hors de la maison, le mode et le degré de surveillance qu'exige chaque malade.

Les élèves, après les visites, rédigent les feuilles de la journée; ils font le bulletin pour le bouillon, la viande, les légumes, le pain, le vin, la somme des portions entières, demi-portions, quart de portions, de chaque classe de malades, et le remettent à l'économe. Le bulletin des médicamens est déposé à la pharmacie; le bulletin des pansemens et secours chirurgicaux est remis à l'élève en chirurgie; enfin, le bulletin pour les objets de police et de direction médicale, est donné au médecin surveillant du service de santé.

Les trois élèves montent la garde à tour de rôle et, pendant les vingt-quatre heures, l'élève de garde ne peut s'absenter de la maison sans une permission expresse du directeur, et après lui avoir indiqué celui de ses collègues qui doit le remplacer, il fait tous les soirs, seul ou avec le surveillant de service de santé, une visite dans tous les quartiers ; s'il survient quelque changement important ou quelque accident grave, il en informe aussitôt le médecin-inspecteur ; il doit se rendre auprès des malades dès que les infirmiers viennent le chercher.

Par cette sage disposition du réglement, à toute heure du jour et de la nuit, s'il survient des accidens imprévus, les malades sont assistés ; d'abord par l'élève de garde, et s'il y a lieu par le médecin-adjoint, par le chirurgien-adjoint et par l'inspecteur du service de santé.

Averti de l'entrée d'un malade, l'élève de garde doit se rendre auprès des parens ou tuteurs qui le conduisent, afin de recueillir tout ce qui peut faire connaître les causes de la maladie et sa nature ; il prend des notes sur la date de l'invasion de la maladie, sur sa marche, sur les moyens employés jusque-là pour la combattre, etc., etc. ; il doit ensuite visiter le malade, décrire son état physique, intellectuel et moral, s'assurer soigneusement s'il a des plaies, des exutoires, des impulsions dangereuses pour lui-même ou pour ceux qui l'entourent, etc., etc. Tous ces documens sont remis à la visite du médecin et communiqués à l'élève chargé par le médecin de la tenue du registre médical.

Les élèves assistent les médecins et l'inspecteur du service de santé dans les ouvertures des cadavres; le procès-verbal de toute nécropsie est transcrit sur le registre médical par l'élève qui est chargé de la tenue de ce registre. En faisant cette transcription, l'élève a soin de compléter les documens qui ont été recueillis à l'époque de l'admission, par tout ce qui a été appris depuis, par ce qui a été observé sur la marche de l'affection cérébrale, sur sa durée et sur la maladie qui a précédé ou causé la mort de l'aliéné. A cet effet un registre est mis, au commencement de chaque année, à la disposition du médecin en chef qui fait inscrire dans ce registre toutes les notes qu'il a recueillies, par lui-même ou par les élèves, sur chaque aliéné, lors de son entrée dans la maison, pendant le séjour qu'il y a fait, et à l'époque de sa sortie ou de son décès. Ce registre sert de base au compte moral que le médecin en chef rédige tous les ans.

Les élèves ne peuvent venir à Paris qu'après avoir obtenu l'autorisation du médecin et la permission du directeur.

Le surveillant général est l'intermédiaire entre les malades, les médecins, les élèves, et l'administration. Il est spécialement chargé de la surveillance du matériel de l'établissement relativement au bien-être des malades; il surveille tout ce qui a rapport à la propreté des cours, des promenoirs, des corridors, des chambres, de la literie, du linge, des habits, des chaussures, etc., etc... Il s'adresse au directeur ou à l'économe pour tous ces objets, il fait plusieurs tournées dans les différens quartiers, constate les plaintes des malades, informe le directeur de tous les abus, particulièrement de la conduite des infirmiers ; il avertit le médecin des négligences, des erreurs et des fautes relatives à la santé des aliénés et à la conduite des infirmiers envers ces malheureux.

Il exerce la surveillance immédiate sur l'infirmier en chef de la division des hommes, sur les surveillantes des femmes et sur les infirmiers et infirmières ; tous les jours il reçoit les rapports de l'infirmier en chef et de la première surveillante ; il préside aux visites que les parens, les tuteurs ou les amis font aux aliénés, afin d'empêcher qu'il ne soit dit ni fait rien qui puisse nuire à ces malades.

Il veille aussi à la bonne tenue de la salle des indigens du canton.

Il est chargé de la conservation et de la distribution des livres que la maison achète pour les pensionnaires, s'en référant au médecin pour le choix des livres qui conviennent à chacun d'eux.

Les aliénés sont servis par des infirmiers et des infirmières, choisis par l'inspecteur général, et acceptés par le directeur. Les infirmiers ont à leur tête un infirmier en chef pour la division des hommes. Dans la division des femmes, il y a une surveillante et deux sous-surveillantes.

L'infirmier en chef et la surveillante en chef dirigent et surveillent les infirmiers, et les infirmières, les invitant par leur exemple et leurs discours à traiter les malades avec douceur, politesse et bienveillance. Pour cela, ils doivent se tenir sans cesse dans leur division et en parcourir continuellement les différens quartiers.

Ils président au balayage des chambres, des corridors, des chauffoirs, des escaliers, des latrines, des cours ; ils s'assurent que les lits sont faits avec soin; que les malades sales sont lavés et changés de linge; que le linge et les draps de lit sont renouvelés lorsqu'ils sont salis.

Ils doivent être présens aux visites des médecins, de l'inspecteur de service de santé, et de l'élève de garde; ils doivent accompagner les infirmiers lorsque ceux-ci conduisent un maniaque furieux au bain, ou mettent à exécution l'ordre de faire passer un aliéné d'un quartier dans un autre; de le renfermer dans sa cellule ou de lui mettre le gilet de force, afin de prévenir tout acte de violence ou de brutalité de la part des infirmiers.

Ils assistent au lever et au coucher des aliénés agités, difficiles ; à la distribution des alimens, afin d'empêcher les abus et les soustractions, afin de faire manger les malades qui refusent de prendre des alimens. Ils font une tournée dans tous les quartiers après l'heure du coucher, pour s'assurer que les lumières et le feu sont éteints ; que chaque malade est dans son lit, chaque infirmier dans sa chambre, et que les portes sont fermées.

Le réglement veut qu'il y ait un infirmier pour dix aliénés. Il est évident que ce nombre de serviteurs est

insuffisant; si l'on se pénétrait bien de tous les besoins des aliénés et de la minutieuse surveillance qu'ils exigent, on acquerrait bientôt la conviction que ces malades, plus que tous les autres, réclament un plus grand nombre d'infirmiers. Cette vérité est d'autant plus applicable à la maison de Charenton, que cette maison se compose d'un grand nombre de bâtimens séparés, la plupart élevés de plusieurs étages; que les infirmiers perdent beaucoup de temps à monter et à descendre de nombreux escaliers, ce qui rend le service plus long, plus difficile, plus pénible, et par conséquent ce qui exige un plus grand nombre de serviteurs. Les divisions en dortoirs, corridors, infirmeries, sont telles que tel dortoir, telle infirmerie, n'a que six à huit lits, et ne peut cependant pas être desservie par un seul infirmier; en effet pendant que l'infirmier va chercher les alimens, le linge des malades; pendant les absences qu'il est forcé de faire pour son propre compte, les aliénés resteraient nécessairement seuls, sans secours et sans surveillance : aussi le nombre des infirmiers et des infirmières dépasse-t-il de beaucoup le nombre fixé par le réglement.

Les infirmiers attachés immédiatement au service des aliénés, sont au nombre de 73 : savoir, 41 hommes et 32 femmes. Ce qui fait un infirmier et un tiers pour six malades, distribués ainsi qu'il suit :

Infirmiers de 1re classe.		10
Idem	de 2e classe.	15
Idem	surnuméraires.	6
Idem	pour un seul malade.	5
Idem	pris parmi les pensionnaires.	1
Infirmières de 1re classe.		10
Idem	de 2e classe.	18
Idem	surnuméraires.	6
Idem	pour une seule pensionnaire.	2
		73

Deux infirmiers sont tenus de rester dans les jardins pour surveiller les malades qui se promènent.

Les infirmiers sont divisés en trois classes. Dans chaque corridor, dans chaque infirmerie, il y a un infirmier de première classe aidé par des infirmiers de deuxième classe et des infirmiers surnuméraires.

L'infirmier de première classe a des gages plus forts que les infirmiers de deuxième classe. Les infirmiers surnuméraires ne sont pas payés. L'infirmier de première classe est responsable du mobilier de la maison, des effets appartenant aux pensionnaires, de la tenue, de l'ordre, de la propreté du quartier qui lui est confié; il surveille et dirige les infirmiers de deuxième classe et les surnuméraires; il veille à ce qu'ils ne s'absentent point, à ce qu'ils traitent bien les malades; il fait la distribution des alimens aux malades du quartier dont il est chargé.

Les infirmiers de deuxième classe et les surnuméraires sont attachés à chaque quartier, sous la direction de l'infirmier de première classe, dans la proportion du nombre et du caractère des malades qui habitent le quartier dont ils font le service. Ainsi, un dortoir, un corridor, habités par une même nombre d'aliénés paisibles et propres, en réclame point un aussi grand nombre de serviteurs qu'un quartier occupé par des aliénés agités, furieux, malpropres ou infirmes. Mais il reste toujours vrai que, quelque soin que l'on ait de proportionner le nombre des serviteurs aux exigences des malades, ce nombre dépasse beaucoup celui qui est accordé par le réglement.

L'admission des infirmiers surnuméraires est un moyen économique de pourvoir au service. Mais qu'il me soit permis de le dire, ces surnuméraires sont ordinairement des individus réduits à la plus grande détresse, qui ne demandent à entrer dans la maison de Charenton qu'au défaut de travail et de tout moyen d'existence. Or, un individu qui ne trouve point de l'ouvrage pour satisfaire aux premiers besoins de la vie est ordinairement vicieux ou paresseux. Quelques soins que l'on mette dans le choix de ces surnuméraires, il est impossible d'échapper à cette alternative. Il résulte encore de là que, pendant leur surnumérariat, ces infirmiers, au lieu de rester à leur poste, emploient leur temps à chercher une place, et qu'ils quittent la maison dès qu'ils en trouvent une meilleure. Je dois ajouter que les gages des infirmiers, particulièrement ceux qui desservent les quartiers des aliénés furieux, sont généralement trop faibles, ce qui empêche les bons sujets de se présenter, et décourage même ceux qui déjà son employés dans la maison. En augmentant les gages, on pourrait obliger les infirmiers à déposer tous les mois une petite somme fixe, entre les mains de l'économe, on créerait une caisse d'épargne pour ceux qui, après un long service, auraient besoin de repos ou deviendraient infirmes; ce serait un puissant moyen pour encourager les serviteurs dans leur service et pour les fixer dans la maison.

Lorsqu'un infirmier est admis dans l'établissement, il lui est délivré, comme à tous les domestiques et ouvriers de Paris, un livret, sur lequel est inscrit le nom, l'âge la profession, le lieu de naissance, l'habitation antérieure de l'infirmier, la date de son entrée. S'il sort de la maison, un certificat, inscrit sur ce même livret, constate la durée de son séjour et sa bonne conduite. Ce même livret contient une instruction courte et simple sur les devoirs de chaque infirmier, sur sa conduite avec les chefs et les malades. L'on trouvera cette instruction à la fin de ce mémoire.

On se ferait une idée fausse de tout ce qu'exige le service d'une maison d'aliénés et de toute la dépense que nécessite ce service, si l'on ne tenait compte que du nombre des serviteurs immédiatement attachés au service de ces malades; il faut aussi compter les serviteurs attachés aux services généraux de la maison, et les employés qui concourent à son administration. L'addition du nombre des infirmiers, de celui des employés et des chefs de l'établissement, prouve qu'au lieu de six malades pour un serviteur, nous avons un individu bien portant pour moins de trois aliénés ainsi que le confirme l'état suivant de tous les employés de la maison.

SERVICES GÉNÉRAUX.

Chef de cuisine et quatre aides.	5
Boulanger et son aide.	2
Sommelier et son aide.	2
Vacher, garçon d'écurie et fille de basse-cour.	3
Charretier.	1
Jardiniers 7. Jardinières 4.	11
Hommes de peine.	5
Fille de service.	1
Garçon de pharmacie.	1
Garçon de bureau.	1
Frotteur.	1
Infirmiers de salle.	4
Portiers et aides 3. Portière 1.	4
Garçon de parloir.	1
Perruquiers.	2
Tailleur.	1
Ouvrières à la lingerie.	12
Surnuméraires pour la lingerie.	4
Total	61
Surveillans, surveillantes.	4
Employés à l'administration.	23
Service médical.	9
Total	97

Le nombre total des personnes qui, à quelque titre que ce soit, concourent au service des aliénés de la maison de Charenton, est de 170, c'est-à-dire 2,87 malades pour un serviteur ou employé.

Titre xi. Il y a dans l'établissement un oratoire consacré au culte catholique, un aumônier est attaché à ce service (art. 161 du réglement). Les ministres des autres cultes sont admis dans l'établissement lorsqu'ils sont réclamés par les parens ou par les malades.

Les aliénés, les convalescens de l'un et de l'autre sexe sont admis aux exercices religieux, mais après la désignation du médecin.

L'aumônier réside dans la maison, il peut communiquer avec les malades qui le désirent, soit en se rendant auprès d'eux, soit en les recevant chez lui. Mais avant de voir un malade pour la première fois il doit prendre des renseignemens auprès des médecins afin de se tenir en garde contre ce qui pourrait entretenir ou exaspérer le délire des aliénés.

Les aliénés qui décédaient dans l'établissement, étaient inhumés par l'aumônier; mais, d'après les dispositions prises par l'autorité ecclésiastique, d'accord avec l'administration, les morts sont enterrés depuis 1819, par le curé de Saint-Maurice-Charenton, et dans le cimetière de la paroisse, à moins que les parens obtenant l'autorisation de l'autorité compétente, fassent transporter les morts, pour les ensevelir dans une autre sépulture.

Les dépenses du service religieux sont payées sur des états certifiés par l'aumônier et ordonnancés par le directeur.

Telle fut l'organisation donnée à la maison de Charenton par le réglement de 1814. Cette organisation est telle que tous les services sont bien précisés et sagement pourvus; qu'une action et une surveillance continues et régulières sont la garantie la plus rassurante et la plus complète que puissent désirer les familles des aliénés confiés à cet établissement. Cette organisation nouvelle, la sage administration de M. Dumaupas, le mérite et le savoir de M. Royer-Collard, concoururent à accroître la réputation, la population et la prospérité de l'établissement. Cette réputation attira des aliénés de tous les points de la France; la population augmenta d'un tiers.

En septembre 1803 on comptait à Charenton, 311 individus.

En 1810, la population de l'établissement n'était que de 326.

Depuis 1815, elle s'est élevée à 450, 470, 510. La moyenne depuis cette époque est de 480 à 490.

La prospérité de la maison a été telle que les recettes depuis la même époque ont augmenté d'un quart jusqu'à l'année 1831 inclusivement.

Elles ont été en

1815.	344,819 fr. 40 c.
1820.	434,116 fr. 55 c.
1825.	458,622 fr. 36 c.
1830.	449,778 fr. 02 c.
1831.	449,650 fr. 87 c.

L'économie de M. Dumaupas, permit, tous les services étant acquittés, de dépenser, pendant 19 ans, depuis 1815 jusqu'à 1832, la somme énorme de 1,427, 596 fr. répartie ainsi qu'il suit :

Travaux d'entretien.	26 ,665
Amélioration dirigée par l'architecte de la maison.	410,926.
Quartier neuf des dames bâti de 1825 à 1827.	699,900.
Améliorations faites par M. Palluy, en 1831 et 1832.	55,005.
	1,427,596.

Ces recettes et ces dépenses sont les produits des bien non vendus et qui ont été rendus à l'établissement, des rentes qui lui ont été constituées, des pensions payées par les familles ou par les divers ministères, des fonds alloués au budget pour les pensions gratuites.

J'aurais voulu donner une statistique complète du mouvement de la maison de Charenton, depuis 1815 jusqu'à 1825; elle eût exprimé les heureux effets d'une organisation si bien entendue. Avec beaucoup de travail et de temps, j'aurais pu obtenir des résultats assez positifs pour être concluans; mais les élémens de ce travail ne m'appartiennent pas, ils sont étrangers au temps de mon service, je m'en tiendrai à la publication des admissions pendant dix années, de 1815 à 1825, et à celle du tableau des guérisons et des décès, publié pour trois ans dans le *Moniteur* du 17 février 1823, par mon prédécesseur M. Royer-Collard.

TABLEAU

Des entrées qui ont eu lieu à Charenton, de 1815 à 1825, relativement à l'âge et au sexe des malades.

Années.	1815		1816		1817		1818		1819		1820		1821		1822		1823		1824		1825		TOTAUX.	
	H.	F.	H	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Avant 20 ans.	5	»	3	»	4	»	1	»	4	»	7	»	8	»	2	»	1	»	4	»	1	»	40	«
	»	0	»	3	»	3	»	7	»	1	»	4	»	2	»	2	»	3	»	2	»	3	»	30
De 20 à 24 —	10	»	3	»	13	»	10	»	20	»	13	»	11	»	18	»	12	»	8	»	17	»	135	»
	»	3	»	6	»	5	»	8	»	14	»	10	»	5	»	8	»	6	»	5	»	5	»	77
— 25 à 29 —	8	»	8	»	14	»	12	»	6	»	14	»	14	»	18	»	15	»	21	»	24	»	154	»
	»	8	»	5	»	5	»	8	»	12	»	10	»	8	»	7	»	11	»	7	»	10	»	91
— 30 à 34 —	15	»	14	»	12	»	12	»	16	»	16	»	21	»	9	»	10	»	11	»	21	»	157	»
	»	4	»	13	»	14	»	14	»	16	»	8	»	10	»	10	»	8	»	14	»	13	»	126
— 35 à 39 —	11	»	9	»	11	»	12	»	16	»	19	»	9	»	15	»	16	»	17	»	13	»	148	»
	»	6	»	10	»	8	»	11	»	9	»	6	»	11	»	10	»	7	»	13	»	10	»	98
— 40 à 44 —	4	»	12	»	5	»	13	»	12	»	22	»	15	»	16	»	16	»	12	»	16	»	143	»
	»	9	»	14	»	11	»	7	»	7	»	7	»	6	»	8	»	8	»	6	»	8	»	93
— 45 à 49 —	5	»	10	»	7	»	8	»	12	»	11	»	16	»	10	»	11	»	12	»	16	»	118	»
	»	3	»	7	»	8	»	15	»	12	»	11	»	13	»	5	»	9	»	4	»	8	»	100
— 50 à 54 —	12	»	4	»	13	»	3	»	11	»	7	»	13	»	1	»	11	»	8	»	12	»	105	»
	»	7	»	3	»	2	»	4	»	8	»	8	»	1	»	3	»	5	»	10	»	4	»	60
— 55 à 59 —	3	»	6	»	7	»	8	»	6	»	7	»	5	»	5	»	12	»	11	»	7	»	73	»
	»	3	»	3	»	1	»	6	»	6	»	7	»	9	»	»	»	6	»	2	»	1	»	49
— 60 à 64 —	6	»	4	»	1	»	5	»	3	»	2	»	3	»	3	»	3	»	6	»	5	»	43	»
	»	2	»	2	»	4	»	6	»	4	»	3	»	2	»	»	»	1	»	3	»	3	»	31
— 65 à 69 —	»	»	1	»	3	»	7	»	3	»	7	»	2	»	1	»	4	»	2	»	1	»	33	»
	»	1	»	»	»	1	»	3	»	3	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	15
— 70 à 74 —	1	»	1	»	1	»	4	»	1	»	1	»	1	»	2	»	3	»	2	1	2	»	17	»
	»	2	»	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2	»	9
— 75 à 79 —	1	»	1	»	1	»	1	»	2	»	»	»	1	»	1	»	2	»	»	»	1	»	12	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3
— 80 à 84 —	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Age inconnu.	22	»	11	»	12	»	5	»	2	»	1	»	2	»	3	»	7	»	»	»	»	»	»	»
		9		2	»	9	»	0	»	1	»	0	»	1	»	0	»	»	»	»	»	»	65	22
TOTAL. . . .	103	»	87	»	105	»	101	»	114	»	127	»	121	»	114	»	123	»	114	»	136	»	1245	804
	»	59	»	68	»	72	»	90	»	94	»	78	»	68	»	74	»	65	»	67	»	69		
																							TOTAL GÉNÉRAL. . . .	2049

Feu M. Royer-Collard, dans un long rapport moral fait au ministre de l'intérieur, sur le mouvement des aliénés admis dans l'établissement pendant les années 1815, 1816, 1817, ne compte que les décès des malades entrés dans l'année, négligeant les décès de ceux qui, existant au Ier janvier 1815, sont morts pendant les trois années de sa statistique. Le nombre des entrées se trouve dans le tableau qui précède.

SORTIES.

1815 ——	67 h. —	41 f. —
1816 ——	61 —	54 —
1817 ——	77 —	68 —

GUÉRISONS.

1815 ——	41 —	20 —
1816 ——	38 —	37 —
1817 ——	45 —	51 —

DÉCÈS.

1815 ——	36 —	11 —
1816 ——	32 —	9 —
1817 ——	35 —	8 —

Au 1er janvier 1815, il y avait en traitement dans la maison
286 h. — 132 f. —
Au 1er août 1818 283 — 157 —

(*La suite au prochain numéro.*)

MÉDECINE LÉGALE.

—

Suicide par strangulation sans gonflement de la face ni altération des parties sous-jacentes à la peau; observation communiquée par M. ALBIN GRAS.

Joséphine, âgée de vingt-sept ans, est entrée à la Salpêtrière le 21 décembre 1834. Elle a été placée au n° 31 de la première salle du traitement.

Six jours après son entrée, elle essaya de s'étrangler

avec un foulard, puis avec son bas; on fut contraint de lui mettre la camisole. Plus tard, on la lui ôta sur la promesse qu'elle fit de ne plus chercher à se nuire. Interrogée le 3 janvier dernier, elle a donné les renseignemens suivans : « Elle ignore si quelqu'un des siens a été atteint d'aliénation mentale. Elle dit n'avoir pas eu de maladies graves, si ce n'est des *attaques nerveuses* et des *vapeurs*. Après avoir quitté son père à quatorze ans, elle entra en service; elle s'accuse en pleurant d'avoir mené une vie désordonnée. D'après son récit, assez incohérent, *elle aurait éprouvé tout-à-coup les plaisirs qu'on goûte avec un homme en voyant donner un lavement à une de ses compagnes;* une autre fois elle se serait offerte volontairement aux embrassemens du cocher de la maison, en se rendant dans sa chambre et lui disant *qu'il lui fallait un homme*. Enfin, après avoir changé plusieurs fois de maîtres et séjourné dans différentes villes, elle aurait eu des liaisons avec un homme qui l'aurait abandonnée après l'avoir mise enceinte; elle eut beaucoup de chagrin et avorta après quatre mois de gestation au commencement de janvier 1834. Elle vint alors à Paris et resta chez sa sœur jusqu'au mois de septembre dernier, époque où elle entra comme femme de chambre chez le marquis de R..... A son arrivée à Paris *elle était rentrée en elle-même*, et s'était adressée à un confesseur qui l'avait vivement effrayée en lui disant qu'elle était perdue. Dès ce moment la tristesse augmenta; elle était poursuivie de terreurs religieuses. Au mois de novembre dernier, la malade ajoute que, quoiqu'elle fît bien son service et qu'on fût content d'elle, il lui devint tout-à-coup impossible de franchir le seuil de la porte; elle sentait néanmoins, dit-elle, qu'il était de son devoir de le faire; mais malgré sa bonne volonté elle ne le pouvait pas. Ce fut alors, et après avoir attendu quelque temps, qu'on la fit entrer à l'hospice.

La malade a un embonpoint médiocre, elle est brune et présente tous les attributs du tempérament bilieux; elle porte sur sa face l'empreinte de la mélancolie; elle parle peu, et lorsqu'elle parle c'est pour dire qu'elle est bien malheureuse, qu'elle ne sait ce que deviendra son âme, qu'elle n'est pas digne de manger. A la visite elle a demandé plusieurs fois qu'on la fît mourir, elle dit qu'elle ne guérira jamais; interrogée si elle souffre, elle n'accuse qu'un léger sentiment de douleur à l'épigastre. Pendant la durée de son traitement, on lui administra de légers purgatifs (bouillons aux herbes avec sulfate de soude 2 gros, pruneaux, sirop de nerprun). Deux fois elle fut purgée avec l'huile de croton tiglium. On lui donna aussi quelques bains; elle mangeait peu et il fallait la presser. Trois jours avant son suicide, on lui avait donné de l'eau de Vichy; l'appétit semblait revenu. Le 20 janvier elle me demanda néanmoins à la visite si je pensais qu'elle dût vivre, et la veille elle s'était frappée plusieurs fois la tête en s'élançant contre un mur. Le 22 janvier, à quatre heures environ du matin, elle se leva, descendit dans une cave où se trouvait plusieurs cordes, qu'elle avait sans doute déposées depuis quelques jours, et elle se pendit à la rampe de l'escalier; la corde ne fut coupée qu'après une heure et demie; on essaya en vain de rappeler cette femme à la vie.

Examiné à huit heures du matin, son cadavre n'était pas défiguré; la face et les lèvres étaient pâles, la bouche et les yeux seulement entr'ouverts. A dix heures, quoique la moyenne de la température fut de 0° environ, son corps conservait une légère moiteur.

A quatre heures du soir, les articulations du coude et du genou étaient encore flexibles, mais on ne pouvait séparer les deux mâchoires.

L'autopsie a été faite trente heures après la mort. Embonpoint médiocre, raideur cadavérique. Face pâle, non tuméfiée; il en est de même des lèvres et des paupières. La bouche et les yeux sont entr'ouverts; la langue est située derrière les arcades dentaires; il n'y a pas d'écume dans l'arrière-bouche. A l'ouverture du crâne, beaucoup de sang à l'extérieur de la dure-mère; l'épanchement de ce sang paraît dû, en partie au moins, aux coups de marteau qui ont servi à briser le crâne.

La substance cérébrale est injectée; les couches optiques, les corps striés, le cervelet, la protubérance et la substance corticale le sont moins. Il n'y a pas d'adhérence dans les méninges.

Le cerveau est ferme, et les parois du crâne assez épaisses.

La peau du cou présente un sillon dirigé obliquement de droite à gauche et de haut en bas; la partie la plus élevée de ce sillon correspond à l'angle de la mâchoire du côté droit; en ce point existe sur la peau une dépression due au nœud de la corde. Le sillon passe au-devant de l'os hyoïde; il résulte de cette disposition que les vaisseaux du côté gauche du cou devaient seuls être comprimés. *Au-dessous* du sillon, la veine jugulaire externe gauche est distendue par des gaz. Sur le trajet du sillon la peau est jaunâtre, parcheminée, le tissu cellulaire sous-jacent y adhère fortement au-dessous de la peau, pas d'ecchymoses, pas de fracture de l'os hyoïde (les grandes cornes et le corps ne sont pas soudés) ni des cartilages; pas de trace de l'impression du sillon sur les muscles, pas de rupture des tuniques, des jugulaires ou des carotides, pas de luxation de la colonne vertébrale.

Poumons. Ils sont gorgés de peu de sang, présentent une teinte rosée; à leur sommet existent quelques tubercules. Les parois du cœur paraissent épaisses et renferment peu de sang; chose remarquable, les cavités gauches du cœur contiennent plus de sang que les cavités droites. La veine cave inférieure contient peu de sang.

L'estomac est rétréci et présente de légères rougeurs par plaques.

Dans l'intestin grêle, légère teinte rosée uniforme.

Le foie me paraît un peu plus rouge que dans l'état normal.

Rien dans la rate et les reins.

La matrice et le vagin n'offrent rien de remarquable, mais les ovaires ont une grosseur anormale et présen-

—

tent quatre ou cinq petits kystes séreux du volume d'un pois chiche. L'un d'eux, plus petit, est formé d'un petit caillot de sang à parois jaunâtres.

Excoriations de deux pouces au-dessus du genou gauche; les doigts des mains sont légèrement fléchis, à l'exception des pouces.

Cette observation a la plus grande analogie avec celles qui ont été publiées en 1823 (*Archiv. génér. de Médecine*), par M. Esquirol. Elle démontre qu'il peut y avoir eu suspension pendant la vie, sans qu'il reste sur le cadavre aucune lésion vitale. Pas de bouffissure de la face au de la langue, pas d'ecchymoses au cou, pas de déchirure des artères ou des veines, par de luxation; rien autre chose qu'un sillon où la peau est jaunâtre, parcheminée, et l'indice de la compression du tissu cellulaire sous jacent; rien, par conséquent, qui puisse aider à découvrir si la suspension a été opérée sur une personne vivante ou seulement sur un cadavre.

Voyez à ce sujet les expériences faites par M. Orfila, et consignées dans son *Traité de médecine légale*, et celles de M. Devergie, publiées dans les *Annales*.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

AVRIL 1835.

N° 7. — 15 Avril.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

Des fluxions et de leur importance dans le traitement des maladies.

Tout le monde sait qu'en vertu des lois de la nature, l'organisation réagit sur toutes les impressions, pourvu qu'elles soient revêtues des conditions requises pour mettre en jeu son aptitude à sentir et à se mouvoir. Que l'on atteigne la surface cutanée, qu'une substance hétérogène pénètre dans un organe où se développe au sein de leurs cavités, bientôt la sensibilité s'émeut à leur présence, et une série de modifications plus ou moins apparentes vient révéler la puissance réactive des corps vivans. Il n'est pas absolument nécessaire que l'organisation subisse une provocation étrangère, pour rendre témoignage de sa faculté d'agir ; très-souvent, particulièrement dans l'état physiologique, il entre en exercice sans instigation ; mais, par une sorte de force motrice, il tire de lui-même un appareil phénoménal, gage évident de sa spontanéité. C'est par exemple spontanément que le sang circule sous l'influence des battemens du cœur, que les poumons dilatés par une force active, s'ouvrent à l'oxygène de l'air, que chaque organe fait le triage des molécules qu'il s'assimile ; en un mot, c'est spontanément et par ses propres forces que l'organisme accomplit toutes les fonctions sans conscience, depuis la digestion jusqu'à la nutrition. Ainsi la double manifestation de l'activité de l'organisation, consiste dans la réaction et la spontanéité.

Dans l'état normal cette activité ne se révèle que pour l'ordre et l'harmonie ; dans l'état de maladie l'harmonie est troublée, ses mouvemens changent de route ou se renversent, la confusion remplace l'ordre, suivant la gravité de la cause de perturbation. Le premier fait du dérangement de l'équilibre, c'est le trouble de l'appareil circulatoire, c'est-à-dire une agitation, un tumulte du sang et des fluides qui ne leur permet plus de suivre paisiblement leur course et les livre à une oscillation en sens différent, ou en sens contraire de leur direction normale ou régulière : ce désordre, c'est la fièvre dans son expression la plus générale. Mais ce tumulte emporte la masse des humeurs et les pousse alternativement sur les divers organes, et, à plus forte raison, sur un organe particulier ; les conséquences qui résultent de ce mouvement tumultueux des humeurs, assignent à cette forme de la réaction un autre caractère, et la font appeler du nom de fluxion ou de mouvement fluxionnaire. Entendons bien la signification du mot *fluxion*. Il exprime un effort de réaction de l'organisme qui, suivant la définition de Barthez, porte le sang ou une autre humeur sur un organe particulier avec plus de force, ou suivant un autre ordre que dans l'état naturel. Qu'un homme tombe d'un toit, le premier effet est un spasme général, un refoulement des forces ; mais bientôt la réaction se fait jour, elle soulève la masse humorale contre le spasme déterminé par la chute, et la précipite tantôt vers la tête, tantôt vers la poitrine, ou vers un autre organe ; c'est là un exemple d'un mouvement fluxionnaire dont on conjure les dangers par le moyen d'une ou plusieurs émissions sanguines. Le mouvement fluxionnaire, développé par accident dans ce cas, se déclare naturellement au premier temps de toutes les maladies, de toutes celles au moins que les anciens distinguaient sous le nom d'affections avec matière, par opposition aux maladies dans lesquelles les humeurs ne sont pas compromises primitivement, telles que les affections nerveuses, que les anciens appelaient, à cause de cette différence des maladies sans matière. Ce mouvement y joue un rôle capital, en constitue, pendant le premier stade de leur durée, l'élément essentiel et se recommande à ce titre à l'attention du praticien ; procédons à l'exposition pure et simple des principes de la nature des fluxions, et traçons, après cela, les règles pratiques qui dérivent des lois de leur formation.

Soit un sujet frappé subitement d'une congestion cérébrale, le phénomène saillant de cette maladie c'est l'afflux du sang vers l'organe céphalique. Ce raptus du sang du côté de l'encéphale est le signe de la présence de la fluxion ; nous n'avons pas besoin d'énumérer ses caractères symptomatiques, nous supposons qu'ils sont connus et constatés. Si le médecin arrive assez tôt auprès du malade et qu'il ouvre largement les veines les plus amples, il détourne à coup sûr l'impétuosité de ce courant du sang et rappelle l'apoplectique des portes de

la mort ; s'il arrive plus tard ou qu'il hésite à verser le sang par une large ouverture, le mouvement fluxionnaire continue, le sang s'infiltre à travers les lames cérébrales, s'épanche dans sa substance, en un mot la congestion est consommée. C'est en vain qu'il s'efforce de détourner à cette époque le mouvement congestionnaire, il manque son but, et le malade essuie toutes les conséquences d'une apoplexie; prenons acte de la diversité des chances de succès pour l'emploi des émissions sanguines générales dans les apoplexies cérébrales, suivant que la fluxion est en pleine activité ou qu'elle est arrêtée et fixée. Voici un autre exemple : une pneumonie, une gastrite, une inflammation quelconque se déclare tout à coup avec une douleur et tous les symptômes d'une fièvre vive. Cette fièvre presse l'afflux du sang et des humeurs vers l'organe où la douleur l'attire, c'est le signal de l'impulsion fluxionnaire qu'on reconnaît doublement à la vivacité de la fièvre et à l'espèce de turgescence des parties en butte à l'effort de la fluxion. Ouvrez pareillement le veine, à l'instant où vous apercevez les premiers rayons de cette tendance fluxionnaire, et vous enleverez l'inflammation : différez au contraire l'usage des émissions sanguines, attendez que l'organe, terme de ces mouvemens, soit envahi par la matière de la fluxion et vous ne ferez plus avorter la phlogose; il est trop tard, vous êtes condamné à assister au développement de toutes les phases d'une inflammation. Ici aussi il existe deux périodes bien distinctes sous le rapport de l'opportunité des émissions sanguines générales; l'une est celle où le mouvement fluxionnaire possède toute sa force; l'autre est l'époque où la fluxion est terminée ou fixée. Dans la première, les saignées générales sont héroïques et les font avorter, comme dans la seconde, elles sont beaucoup moins efficaces, si même elles ne nuisent pas. Nous avons choisi de préférence des affections à caractères fortement tranchés, afin de faire mieux ressortir la diversité des périodes des fluxions.

En réduisant en propositions générales les faits que nous venons de détailler, nous reconnaîtrons que le mouvement fluxionnaire se présente à son début sous un tout autre aspect que lorsqu'il est fixé. Dans son imminence, le but du praticien doit consister à rompre l'appareil des mouvemens dirigés vers une partie déterminée; par-là on se rend maître des affections qui en dérivent avant qu'elles soient formées, en d'autres termes, en attaquant l'élément fluxionnaire d'une maladie, à l'instant précis où cet élément se constitue, on coupe court à cette maladie, parce qu'on la sape par sa racine ou par son principe générateur. Lorsque la fluxion s'est fixée, qu'elle est moins active et moins abondante, il n'est plus temps de songer à détruire un mouvement fluxionnaire qui n'existe plus Il faut s'occuper du travail organique dont l'organe congestionné est le théâtre, c'est-à-dire que les moyens curatifs sont plus particulièrement topiques que généraux. L'ensemble des moyens thérapeutiques employés à résoudre un appareil fluxionnaire à sa naissance, est connu sous le nom collectif de révulsifs, et les agens appropriés au traitement d'une fluxion localisée sont proprement appelés topiques ou agens locaux.

Un troisième état du mouvement fluxionnaire, participe des deux autres et réclame, par conséquent, une méthode moyenne intermédiaire entre le traitement révulsif et le traitement topique. Afin de nous faire entendre, reprenons les exemples que nous avons cités. Après que l'impulsion qui a lancé le sang vers l'encéphale a produit son premier effet, le mouvement fluxionnaire continue sans doute, mais il est moins énergique, la sphère de son action est plus rétrécie, il tend davantage à se localiser ; c'est le cas de l'attaquer de plus près que par la méthode révulsive ; elle indique de poursuivre la fluxion en appliquant les remèdes, par exemple, aux bras, dans les affections de la poitrine ; aux tempes et à la nuque, dans les affections de la tête ; à la partie interne des cuisses ou sur le ventre, dans les affections de l'abdomen. Voilà les modifications que les différens états des mouvemens fluxionnaires obligent d'introduire dans les affections dont la fluxion fait partie. Faute de les connaître ou de les apprécier, les médecins de notre âge s'exposent à une foule de mécomptes dans le traitement des maladies les plus vulgaires. Aussi l'on voit assez souvent l'oubli de ces règles générales rendre rebelles des fluxions inflammatoires faciles à résoudre ; d'autres fluxions naturellement lentes et chroniques, comme celles qui viennent des sues blancs et lymphatiques, dégénérer en lésions organiques de toute espèce, donner lieu à des squirrhes ou à des tubercules, qu'un traitement conforme à ces principes aurait prévenus ou guéris. S'il fallait une preuve du parti que la thérapeutique peut tirer des révulsifs, il suffirait de citer la faveur dont ils ont joui auprès des médecins de l'antiquité jusqu'au règne de la médecine physiologique, et l'attention que n'ont cessé de leur accorder dans tous les temps les praticiens les plus sages et les plus expérimentés. Nous ne pouvons mieux résumer cette exposition succincte qu'en appliquant, d'après les conseils d'un médecin justement célèbre, à une maladie bien déterminée, les principes que nous avons énoncés.

Dans le commencement d'une fluxion inflammatoire sur la poitrine, dit Barthez, il faut faire révulsion en saignant d'une partie éloignée comme au pied et communément du bras du côté opposé au côté de la douleur. Piquier assure que la meilleure méthode dans la pleurésie est de saigner d'abord du pied, ensuite du bras opposé au côté de la douleur, et en troisième lieu du bras du même côté. Dans l'état de la fluxion, c'est-à-dire lorsque ses accroissemens gradués ont cessé et qu'elle est parvenue à un degré assez fixe, on doit saigner du bras du côté affecté, et y répéter la saignée suivant l'indication. Il arrive souvent que la fluxion inflammatoire se renouvelle par des reprises qu'il faut observer avec beaucoup d'attention pour y placer de nouveau des saignées révulsives. C'est ce qui a lieu, sans doute, dans les inflammations de poitrine, où déjà on a vu qu'après avoir saigné plusieurs fois inutilement du bras, on avait guéri par la saignée du pied. Après

les saignées générales, c'est le tour des saignées locales, qu'on est souvent obligé d'appliquer alternativement avec les premières, suivant la pratique de Galien.

F.

Note sur une ophthalmie purulente épidémique qui a régné à l'hôpital des enfans pendant les mois de février et de mars.

Cette grave affection de la conjonctive que les ophthalmologistes ont désignée par les noms de blépharophthalmie, d'ophthalmo-blennorrhée, d'ophthalmie purulente, d'*ophthalmia neonatorum*, est endémique à l'hôpital des Enfans. On en observe quelques cas à toutes les époques de l'année. Mais de temps en temps elle s'y montre d'une manière épidémique. C'est sur tout dans les salles destinées aux plus jeunes malades qu'elle exerce ses ravages. C'est là aussi que se trouvent réunies en grand nombre des causes d'insalubrité. L'air de ces salles est tellement vicié par les émanations qui s'exhalent des matières stercorales et urinaires, au milieu desquels restent plongés ces jeunes êtres pendant la nuit, que sa fétidité frappe tous ceux qui y pénètrent. Aussi malgré l'habilité des médecins qui dirigent le traitement de ces jeunes malades, malgré les soins de propreté les plus minutieux prodigués par les sœurs hospitalières, la mortalité est-elle effrayante chez les enfans de deux à quatre ans. A peine si on parvient à en sauver un sur quatre. Cette mortalité est constante. Il est d'autres causes qui y contribuent, mais ce n'est pas le lieu de les examiner ici.

Pendant le mois de janvier, le nombre des malades admis dans la division des filles fut peu considérable. Dans la salle Sainte-Anne destinée à recevoir les jeunes filles de deux à quatre ans, il n'y eut que trois à quatre lits d'occupés sur dix-huit. Mais vers le commencement de février les entrées devinrent plus nombreuses, et tous les lits furent rapidement envahis. C'est vers le milieu de ce mois que l'ophthalmie purulente se déclara, et qu'elle atteignit dans l'espace de quelques jours toutes les malades couchées dans cette salle, quelle que fût d'ailleurs l'affection qui les avait amenées à l'hôpital. L'ophthalmie purulente frappa d'abord celles qui avaient d'anciennes ophthalmies, ainsi que celles qui étaient atteintes de rougeole et de variole, maladies dans lesquelles la muqueuse oculaire donnent toujours plus ou moins des signes de souffrance. Puis vinrent les malades déjà affaiblis par des maladies antérieures. Ceux qui arrivaient dans la salle à une époque peu éloignée de l'invasion d'une maladie aiguë souvent légère, et dont les forces n'étaient point encore débilitées, ne purent non plus y échapper. Son invasion fut brusque et tellement rapide, qu'en peu de jours elle attaqua toutes les petites filles couchées dans la salle Sainte-Anne et quelques-unes de celles de la salle Sainte-Catherine, qui sont plus avancées en âge.

Les premiers symptômes de cette affection étaient la rougeur et le gonflement du bord libre des paupières, un sentiment de prurit ou bien la sensation d'un corps étranger qui portait les malades à se frotter les yeux, d'où s'écoulait déjà un mucus demi-transparent. Deux jours après et quelquefois dans l'intervalle d'une visite à l'autre, la conjonctive était rouge et tuméfiée dans toute son étendue; la paupière supérieure était arrondie au point que sa convexité était au niveau du front; elle offrait le volume d'une amande, et sa surface externe présentait une rougeur érysipélateuse. La cornée, entourée quelquefois d'un bourrelet rougeâtre comme fongueux, paraissait enfoncée de la profondeur de une à deux lignes. Les paupières ainsi affectées laissaient écouler sur les yeux un flot de liquide presque continu, et constitué par de la sérosité purulente, ou du pus épais et jaunâtre.

La paupière supérieure augmentant de plus en plus de volume, son bord libre dépassait presque constamment celui de la paupière inférieure qui restait ainsi cachée, et ne permettait pas l'examen du globe oculaire. La matière qui s'en écoulait alors était jaunâtre et quelquefois sanguinolente, et s'échappait en grande quantité, lorsqu'on cherchait à écarter les paupières, le matin surtout, parce que celles-ci étaient agglutinées par la dissiccation des matières sécrétées pendant la nuit.

Lorsque l'œil était ainsi soustrait pendant plusieurs jours à notre examen il devenait le siége de graves désordres. Nous avons vu la cornée s'épaissir, devenir opaque, ou se ramollir au point de permettre l'écoulement de l'humeur aqueuse; nous avons observé aussi la hernie de l'iris, et quelquefois l'évacuation complète de l'œil. Ce dernier accident a été observé chez plusieurs enfans qui étaient d'ailleurs atteints de maladies graves et qui ont succombé.

La douleur qui accompagnait cette ophthalmie était très-variable; les uns n'accusaient aucune souffrance tant qu'on ne touchait pas les yeux; et alors même le toucher n'était pas très-douloureux; d'autres au contraire poussaient des cris aigus, toutes les fois qu'on cherchait à pratiquer des lotions; chez quelques jeunes filles qui n'étaient atteintes d'aucune affection grave, le mouvement fébrile était nul, ou au moins peu intense.

Lorsque la maladie marchait vers une bonne et heureuse terminaison, la rougeur et la tuméfaction diminuaient graduellement, la matière de la suppuration devenait moins abondante, moins opaque; les malades ouvraient les paupières et les symptômes disparaissaient insensiblement.

La durée de la maladie a été variable. Dans la période aiguë elle s'est prolongée de quatre à cinq jours à un mois. Chez quelques malades elle a passé à l'état chronique. Plusieurs ont conservé des taies sur la cornée. Chez quelques malades nous avons vu la maladie récidiver.

Cette affection, ainsi que le pensent quelques médecins, se propage-t-elle par contagion? Nous n'essaierons

pas de résoudre cette question. Toutefois nous ferons remarquer que plusieurs infirmières de l'hôpital des Enfans ont contracté la maladie dans certaines épidémies et ont perdu la vue. L'une des religieuses a eu les yeux plusieurs fois gravement affectés ; l'un deux est entièrement perdu et la cornée de l'autre est le siége d'une opacité qui lui permet à peine de distinguer les objets.

Tous les moyens mis en usage contre cette affection échouent dans un certain nombre de cas ; et on le conçoit aisément, les malades restant soumis à l'action des causes sous l'influence desquelles la maladie a pris naissance. La première condition de guérison serait l'isolement, qui malheureusement ne peut être mis en pratique dans un hôpital. M. Baudelocque, chargé de la division dans laquelle l'ophthalmie s'est déclarée, ayant vu constamment échouer les antiphlogistiques, s'est borné cette année à l'usage des onctions mercurielles, et d'un collyre composé de la manière suivante :

Eau distillée.	℥ j.
Deuto-chlorure de mercure (sublimé). .	de gr. j à gr. iv.
Laudanum de Sydenham.	de gutt. j à gutt. iv.

Les onctions mercurielles, ont, dans un grand nombre de cas, fait disparaître assez rapidement le gonflement des paupières, et ont ainsi facilité l'usage des lotions avec le collyre précédent qui étaient fréquemment répétées dans la journée ; car il importe surtout d'empêcher l'agglutination des paupières et de prévenir l'accumulation du pus entre elles et le globe oculaire, circonstance qui aggrave les accidens.

Chez quelques malades qui arrivaient dans la même salle, pour prévenir l'infection des yeux, on a eu soin de les laver chaque jour avec l'eau de laitue, ou une légère décoction de têtes de pavot.

La cautérisation de la surface interne des paupières à l'aide du crayon de nitrate d'argent a complétement échoué. Dans une autre épidémie, M. Baudelocque avait tenté l'emploi du baume de copahu, du poivre de cubèbe ; mais ces médicamens étaient souvent rejetés par le vomissement, et ils inspiraient une telle repugnance aux malades qu'il n'était pas possible de leur en faire prendre une seconde fois, lorsqu'ils les avaient goûtés.

M. Guersent, qui a observé plusieurs épidémies de cette forme d'ophthalmie, à l'hôpital des Enfans, nous a affirmé que la médication antiphlogistique était celle qui lui inspirait le plus de confiance. Il fait ouvrir la veine si la force et l'âge des sujets le permettent, puis il en vient à des applications de sangsues aux tempes, qu'il réitère plusieurs fois. Les saignées locales sont seules employées chez les jeunes sujets. Nous avons vu sous l'influence de ce moyen diminuer le gonflement. On seconde le traitement par l'emploi de lotions émollientes simples ou légèrement narcotiques, par les pédiluves sinapisés, les lavemens émolliens. A une époque plus avancée de la maladie, M. Guersent fait usage de collyres astringens ou opiacés. Voici celui auquel il a fréquemment recours :

Eau distillée.	12 onces.
Sulfate de zinc.	1 scrupule.
Opium.	8 grains.

On en instille quelques gouttes entre les paupières et l'œil, et l'on fait en outre des lotions répétées.

M. Piorry qui a observé et décrit une épidémie de ce genre qui se manifesta chez les orphelines du choléra en 1832, conseille pour remédier à la tuméfaction des paupières la compression, dont il a observé, dit-il, des effets très-avantageux. Voici comment on la pratiquait dans son service. On appliquait sur l'œil une compresse fénêtrée, enduite de cérat, qu'on recouvrait de charpie fine ; on mettait par-dessus quelques compresses imbibées d'eau de guimauve et du taffetas gommé pour en prévenir le desséchement ; on appliquait ensuite quelques tours de bande autour de la tête et sur l'œil malade, en prenant autant que possible l'arcade orbitaire comme point d'appui pour agir sur la paupière supérieure, et en ne comprimant que légèrement sur l'œil d'avant en arrière.

Un moyen fort simple auquel un ancien médecin de l'hôpital des Enfans accordait beaucoup de confiance, et qu'il mettait souvent en usage en pareil cas, consistait dans l'application sur le globe de l'œil d'un cataplasme de pulpe de pomme opiacée, qu'il arrosait de quelques gouttes d'acétate de plomb.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous apprenons qu'à l'hospice de perfectionnement, dans la division des femmes en couches confiée à M. le professeur P. Dubois, une ophthalmie purulente, analogue à celle qui a été observée à l'hôpital des Enfans, s'est manifestée chez plusieurs nouveau-nés. Ce professeur a eu recours à la solution de nitrate d'argent préconisée par Mac-Grégor et Mackensie, et il l'a employée, nous dit-on, avec beaucoup d'avantage. Voici sa formule :

Nitrate d'argent. . . .	1/2 grain à 2 grains.
Eau distillée.	1 once.

On instille plusieurs fois par jour une goutte de cette solution entre l'œil et les paupières. Nous ignorons si les médecins de l'hôpital des Enfans ont jamais fait usage de cette solution à laquelle les ophthalmologistes anglais et allemands accordent une grande confiance.

T. C.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

Du testicule scrofuleux et de son traitement par le muriate d'or à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.

Les maladies du testicule, quoique ayant été étudiées jusqu'ici avec assez de soin, ne sont pas encore

suffisamment connues, puisque même, de nos jours, on ampute parfois cet organe, alors qu'on pourrait le conserver. Parmi les lésions qui donnent lieu à de pareilles méprises, nous signalerons en première ligne la présence des *masses* dites *tuberculeuses*. Sans doute, Delpech dans son mémorial des hôpitaux du midi, Dupuytren dans ses leçons orales de l'Hôtel-Dieu, et tout récemment encore M. Bérard, ont écrit des pages fort intéressantes à ce sujet; cependant qu'il nous soit permis d'y revenir en peu de mots, ne serait-ce que pour élucider ou confirmer les préceptes que ces habiles chirurgiens ont déjà tracés.

A la surface, ou dans la profondeur de l'organe testiculaire, et le plus souvent à son extrémité inférieure, naissent des corps pisiformes, adhérens, mais distincts cependant de l'organe sain, par une ligne de démarcation plus ou moins tranchée. Leur tissu dur, inégal, produit d'abord un sentiment de pesanteur dans la partie malade; leur volume augmente peu à peu, et ce n'est que dans les dernières périodes de leur existence que le testicule acquiert des dimensions supérieures à celles qu'il offre ordinairement. Le vice scrofuleux paraît être la cause la plus ordinaire du développement de ces corps nouveaux, et ce qu'il y a d'assez remarquable, c'est que ces mêmes tumeurs peuvent disparaître par résorption sous l'influence seule d'un traitement général bien entendu. Le cas suivant, ajouté à ceux qu'a cités Delpech, prouvera aux praticiens la possibilité de ce mode de terminaison.

Obs. I. Un militaire âgé de 25 ans, d'un tempérament lymphatique, se présente à M. le professeur Serre avec une tumeur, du volume d'une noisette, sans douleur, et fixée à l'extrémité inférieure du testicule gauche, qui était dans l'état le plus normal. Ce chirurgien ayant jugé que la maladie était de nature scrofuleuse, prescrit un dixième de grain par jour de muriate d'or et de soude, en friction sur la langue, et des topiques émolliens (1). A l'aide de ce traitement qui dura près de deux mois, la tumeur parut avoir acquis dès les premiers jours, un peu plus de volume; mais bientôt elle diminua d'une manière rapide, et finit par disparaître en entier.

Ce fait était bien propre à porter M. Serre à suivre ce même mode de traitement dans les cas analogues; mais comment être sûr qu'on ne s'était pas mépris sur la nature du mal? comment prouver que c'était à l'usage des préparations aurifères que l'on devait ce premier succès? Des faits nouveaux sont venus éclaircir ces doutes.

Obs. II. Radet, âgé de 27 ans, doué d'un tempérament sanguin, entre dans le service de M. Serre, avec un engorgement testiculaire existant depuis trois semaines, lequel était survenu à l'occasion d'exercices violens; la maladie occupait le côté gauche, et correspondait immédiatement derrière l'épididyme. Elle était dure, inégale, indolente, sans changement de couleur à la peau, et bien distincte du testicule; en un mot, abstraction faite du tempérament du malade, elle offrait tous les caractères des masses tuberculeuses. Telle fut aussi la qualification que ce professeur lui assigna. En conséquence, il prescrivit encore le muriate d'or et de soude, en commençant par un quinzième de grain, et en augmentant graduellement la dose. Quelques cataplasmes émolliens furent placés sur la tumeur.

Le traitement dura environ deux mois, pendant lesquels le tubercule augmenta d'abord de volume; bientôt après il se ramollit, et ne tarda pas à tomber en fonte. C'est alors que l'on vit sortir à travers la peau une matière moitié séreuse, et moitié épaisse, que M. Serre compara avec justesse à du petit lait mal clarifié, à du riz écrasé, à du plâtre mal gâché. C'était évidemment de la matière tuberculeuse.

Jusqu'à présent nous n'avons vu la maladie que d'un seul côté, et dans son état de simplicité; il n'en est pas toujours de même. Quand les deux testicules sont atteints simultanément, ou que les tubercules se manifestent sur plusieurs points à la fois, il n'est pas rare de voir éclater un ensemble de phénomènes locaux ou généraux, capables d'inspirer les plus vives craintes, et de faire croire à l'existence de toute autre maladie, à celle d'un cancer, par exemple. C'est ce dont on jugera par les deux faits que nous avons encore à mentionner.

Obs. III. Vidal, âgé de 32 ans, issu de parens scrofuleux, et entaché lui-même de cette diathèse, ressentit il y a environ dix mois, des douleurs dans le testicule droit au bas duquel il aperçut, peu de jours après, une tumeur de la forme et du volume d'une lentille, très-douloureuse au toucher, qui augmenta de volume en diminuant de sensibilité, et acquit dans trois mois la grosseur d'une noisette. Plus tard, le testicule gauche devint à son tour le siége de vives douleurs, et d'une tumeur pareille à celle du côté opposé. Vidal eut alors recours à divers remèdes dont il conserve à peine le souvenir.

Etant allé, quelque temps après, prendre les eaux de Bagnols, il vit le testicule droit s'engorger notablement, et devenir le siége de douleurs assez vives pour porter le trouble dans l'ensemble de l'économie. Bientôt deux points fluctuans paraissent à la surface du scrotum, et l'on en voit sortir une liquide blanc et floconneux, dont la nature seule eût dû donner l'éveil au chirurgien chargé de soigner le malade. Toutefois une réunion de médecins a lieu, et ne tenant compte que de la forme et du volume du testicule, on croit à l'existence d'une tumeur cancéreuse, et l'on décide que la castration est le seul moyen de salut qui reste au malade. Vidal effrayé par une pareille décision se décide alors à venir à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, où il entre dans le service de M. le professeur Serre, le 7

(1) Il serait inutile d'insister ici sur le mode d'administration du muriate d'or; qu'il nous suffise de dire que nous nous conformons en tout aux règles si sagement formulées par le docteur Chrestien, tant dans sa *Méthode iatraleptique* que dans sa *Lettre à M. Magendie sur les préparations d'or et sur les différentes manières de les administrer.*

novembre 1834. Voici l'état dans lequel il était à cette époque.

A la partie inférieure du testicule gauche existait une tumeur dure, inégale, douloureuse, mais bien distincte de l'épididyme, qui n'était pas engorgé. Du côté droit, on voyait aussi une tumeur à peu près pareille, occupant le fond d'un trajet fistuleux ouvert au bas du scrotum, en forme de *cul de poule*, et par lequel s'écoulait de la *matière tuberculeuse*. Le testicule correspondant était encore beaucoup engorgé, mais toutes les fonctions s'exécutaient alors avec assez de régularité.

Le chirurgien, reconnaissant l'identité de cette affection avec les précédentes, administra encore le muriate d'or et de soude à la même dose, en y joignant quelques moyens toniques, et un régime aussi succulent que possible dans un hôpital. Ce traitement fut continué pendant un mois et demi, durant lequel les deux testicules s'engorgèrent à deux reprises; chaque fois on suspendit les préparations d'or pour recourir à des moyens antiphlogistiques locaux, dans le but seulement de modérer l'inflammation, et non pour l'éteindre ; car elle agit dans ce cas comme moyen éliminateur.

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur du côté gauche diminua sensiblement, et cependant ne s'abcéda pas; celle du côté droit disparut aussi peu à peu, et la fistule correspondante se fût oblitérée en entier, si le sujet, se considérant déjà comme guéri, n'avait voulu s'en retourner chez lui. M. Serre lui recommanda en partant de ne pas manquer d'aller prendre les bains de mer à la prochaine saison.

On le voit : ici la maladie s'est développée sans la participation d'aucun agent vulnérant : les tumeurs ont envahi successivement les deux testicules; l'un et l'autre ont présenté les mêmes caractères et suivi, à peu de chose près, la même marche; elles ont également cédé aux mêmes moyens. Il est donc permis de le dire: le muriate d'or, ce remède dont on parle à peine à la capitale, si ce n'est pour en blâmer l'emploi, jouit, dans ces cas et dans bien d'autres, de la plus grande efficacité.

Si dans les fait que nous venons de rapporter, les accidens ont été assez fâcheux pour faire croire à plusieurs chirurgiens à la nécessité de l'ablation du testicule, jamais peut-être la maladie dont nous parlons n'a fait tant balancer le diagnostic et le pronostic que chez le sujet dont nous allons esquisser l'histoire; jamais des accidens aussi formidables n'ont simulé si bien l'affection cancéreuse. La gravité des symptômes généraux, et la lésion simultanée des deux testicules, ont seuls fait retarder l'opération à laquelle le malade était décidé, et cependant aujourd'hui l'affection est, au moins, en pleine voie de guérison.

Obs. IV. Maunier, âgé de 34 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, ressentit, il y a environ neuf mois, des douleurs vives vers la partie inférieure et gauche du scrotum, où parut un point dur, distinct du testicule, et qui, cinq mois après, par suite de fatigues prolongées, augmenta de volume et de sensibilité, et força le malade d'entrer à l'hôpital Saint-Éloi. Le côté gauche du scrotum offrait alors, toujours vers la partie inférieure, une tumeur fluctuante, mais formée par l'accumulation d'une certaine quantité d'eau dans la tunique vaginale. Aussi M. Serre pratiqua-t-il une ponction qui donna issue à un verre de sérosité Dès ce moment on put bien constater l'état des choses, et reconnaître à la fois l'engorgement du testicule, et la présence de la tumeur qui avait été la cause première du mal. On ordonna donc encore le muriate d'or et de soude, et la tisane de houblon.

Quinze jours après, au bas du testicule droit, se montra une nouvelle tumeur en tout analogue à celle du testicule gauche, laquelle s'accrut rapidement, et donna lieu à un abcès qui fut ouvert avec la lancette, et laissa sortir un pus épais, mal élaboré, ou, pour parler plus exactement, des débris de tubercules en fonte. Tout semblait aller à merveille, lorsque à la suite d'une vive colère, et d'une marche trop prolongée, le testicule gauche prend à son tour un volume extrême, et devient le siége d'une inflammation violente. A l'instant, la scène change : ainsi, la fièvre qui jusqu'alors avait été preque nulle, éclate avec force ; la figure s'altère et les traits se dépriment, les pommettes deviennent rouges, le sommeil pénible, les douleurs testiculaires vives, l'appétit diminue de jour en jour, et Maunier tombe dans le découragement le plus complet. On doute un moment de l'exactitude du diagnostic qui a été primitivement porté, et le malade lui-même est résolu à se laisser amputer le testicule gauche. Cependant fatigué de son séjour à l'hôpital, il témoigne le désir de se faire traiter en ville, et se confie encore aux soins de M. le professeur Serre, qui, malgré la gravité du cas, à recours aux moyens antiphlogistiques, pour en revenir immédiatement après à l'usage des préparations aurifères, combinées avec celles d'iode.

Après deux mois d'un traitement pareil, le malade a la satisfaction de voir son état s'améliorer d'une manière bien sensible, et, au moment où nous écrivons, tout semble présager une terminaison heureuse.

Si, revenant actuellement sur tout ce que nous venons de dire, nous rapprochons de l'affection qui nous occupe celle avec laquelle on la confond le plus souvent; nous verrons qu'il est, en général, assez facile de les distinguer l'une de l'autre. Ainsi, le cancer du testicule attaque rarement les enfans, mais plus souvent les adultes, les tubercules paraissent indifféremment à tous les âges. Le premier se montre chez tous les sujets, quel que soit, d'ailleurs, leur tempérament ; le second affecte principalement les individus lymphatiques, et plus encore ceux dont les parens ont déjà ressenti les atteintes de la diathèse scrofuleuse. Le testicule dit scrofuleux se développe presque toujours d'une manière spontanée, au contraire, le sarcocèle est ordinairement précédé de coups, de chute, ou de quelque maladie vénérienne. Dans celui-ci le testicule offre une tumeur dure, inégale, mais unique; dans celui-là, les tumeurs, variables par leur volume et leur consistance, sont plus ou

moins isolées les unes des autres. Un volume donné de matière squirreuse pèse plus qu'un pareil volume de matière tuberculeuse; aussi, dans le sarcocèle, la tumeur abandonnée à son propre poids, tombe verticalement entre les cuisses, tandis que dans l'affection scrofuleuse, sa direction est oblique en avant, un peu moins cependant que dans l'hydrocèle. Les douleurs sont lancinantes, sidératives dans le cancer, à moins qu'il n'y ait inflammation; elles sont ordinairement obtuses, profondes, dans la maladie dont il s'agit. Enfin, autant il est rare de voir le sarcocèle attaquer les deux testicules en même temps, autant la chose est commune à l'occasion des masses tuberculeuses.

Les traits caractéristiques de ces deux affections se dessinent bien plus fortement encore quand la période d'ulcération est arrivée : le pus que fournit le cancer est ichoreux, sanguinolent, fétide; la matière qui découle du testicule scrofuleux, est blanche, visqueuse, et laisse échapper par intervalle, une matière comme crétacée. Dans le cancer, les bords sont déjetés en dehors en forme de champignon, et ne pourraient être excisés sans que l'ulcération ne marchât avec une nouvelle rapidité : dans la maladie dont nous traitons, les bords sont, au contraire, renversés en dedans, en forme de *cul de poule*, et tendent naturellement à se cicatriser. Dans l'affection cancéreuse, les toniques et les excitans sont formellement contre-indiqués; dans le testicule dit scrofuleux, les préparations aurifères, iodurées, martiales, ainsi que les bains de mer sont employés avec le plus grand succès. Enfin, l'une de ces maladies guérit souvent par les seuls efforts de la nature; l'autre résiste à la nature et à tous les moyens de l'art. Heureux le malade lorsque le sacrifice de l'organe affecté peut le mettre à l'abri de la récidive!

Encore un mot sur les accidens provoqués par la présence des masses dites tuberculeuses autour du testicule. Nous l'avons déjà dit; il est une période de la maladie où il survient des phénomènes inflammatoires, et si la phlogose s'étend jusqu'à la tunique vaginale, il y a alors épanchement de sérosité, et formation d'une hydrocèle. Eh bien, l'observation clinique à prouvé que, pourvu que les tubercules ne soient ni trop volumineux, ni en trop grand nombre, on peut, en opérant l'hydrocèle selon la méthode ordinaire, celle par injection, ou bien provoquer la résolution des masses tuberculeuses, ou bien amener leur fonte, et par suite la guérison complète des deux maladies.

Dans le cas où la ponction pratiquée dans l'idée d'une hydrocèle donnerait issue à de la matière tuberculeuse, il faut bien se garder, selon M. Serre, de pousser une injection; elle parviendrait dans la propre substance du testicule, en communication avec la tunique vaginale, et l'on conçoit dès lors toute la gravité des conséquences qu'une pareille manœuvre pourrait occasioner.

Enfin si l'on nous demandait pourquoi nous avons donné à la maladie dont il vient d'être question le nom de *testicule scrofuleux*, nous dirions que c'est, non pas parce que Delpech et Dupuytren l'ont ainsi désignée, mais bien parce que les lésions organiques qui en constituent l'essence, sont les mêmes que l'on trouve dans la phthisie pulmonaire, dans le carreau, dans le mal de Pott, dans les abcès *froids*, tout comme dans les véritables tumeurs blanches des articulations. Nous nous expliquerons plus tard sur ces divers points.

ALQUIÉ.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Note sur la préparation et les effets d'un nouveau sirop vermifuge avec la spigélie anthelmintique.

On sait depuis long-temps que la *spigelia anthelmia* est considérée en Amérique comme le vermifuge par excellence, et M. le professeur Alibert, dans la cinquième édition de ses *Nouveaux Élémens de thérapeutique et de matière médicale*, a exprimé le regret que cette plante ne fût pas mieux connue en Europe. Voici à ce sujet l'extrait d'une lettre adressée à M. F. Cadet-Gassicourt, pharmacien, par le docteur Noverre, médecin au Lamentin de la Martinique :

La *spigélie anthelmintique*, vulgairement nommée le *brinvillier*, croît aux colonies dans les champs de cannes brûlées et même dans tous les lieux qui ont été incendiés. Aussi est-il dangereux d'y laisser paître les bestiaux, qui sont friands de cette plante et peuvent s'empoisonner. Le brinvillier est donc un poison dans son état naturel et à forte dose.

Cette herbe est la base d'un sirop vermifuge que nous composons; administré avec précaution, son action tourne au profit de l'économie animale.

Ce sirop bien fait est composé avec parties égales en poids, 1° de la plante entière, racines, fleurs, etc.; 2° de sucre terré.

On fait bouillir cinq parties de brinvillier dans dix parties d'eau, pendant une heure; on retire du feu: on laisse refroidir et reposer jusqu'au lendemain. Alors on prend par portions les herbes qui ont éprouvé la cuisson, on les tord et on les exprime fortement; on verse le liquide dans une bassine avec cinq parties de sucre; et l'on rapproche sur le feu jusqu'à consistance syrupeuse.

Ce sirop se fait avec les plantes fraîches; on n'a point essayé encore de le faire avec les plantes desséchées, peut-être le résultat serait-il aussi avantageux, et l'exportation de la plante pourrait alors avoir lieu.

Je répète que ce sirop n'a point d'action malfaisante s'il est donné convenablement. Depuis trente ans on l'administre sur certaines habitations dont je suis le médecin, et l'on ne peut encore citer un seul événement fâcheux. Les Nègres le prennent avec une confiance entière, et l'administrent fréquemment à leurs enfans qui ont dépassé l'âge de trois ans.

J'ai employé ce vermifuge dans toutes les maladies inflammatoires, dans les dysenteries même, et je n'en ai observé que des résultats heureux. Il calme le système nerveux et n'a point ce principe irritant de tous les vermifuges usités, surtout du *semen-contra* que je n'ose pas administrer, parce qu'aux colonies, peut-être plus que partout ailleurs, si nous avons beaucoup de fièvres pernicieuses qui nécessitent l'emploi du quinquina, nous avons aussi très-souvent des gastro-entérites qui réclament la méthode de M. Broussais, mais modifiée.

Les doses du sirop de brinvillier auxquelles je me suis arrêté après ma longue expérience, sont :

Pour un enfant de 3 à 5 ans, une cuillerée à café plus ou moins forte ;

De 5 à 7 ans, une petite cuillerée à bouche ;
De 7 à 10 ans, une cuillerée à bouche ;
De 10 à 13 ans, une cuillerée et demie ;
De 13 à 17 ans, deux cuillerées ;
Aux adultes, trois cuillerées.

C'est-à-dire qu'on augmente selon l'âge et la force du sujet.

On ajoute au sirop, en le donnant, une cuillerée à bouche d'eau et une demi-cuillerée à café de jus de citron.

Il faut administrer ce remède, le soir, au coucher ; éloigner la lumière de la chambre du malade : c'est la seule précaution essentielle à prendre. L'expérience prouve que de son omission deux sortes d'accidens peuvent résulter, savoir, l'œdème du visage et une sorte d'état soporeux qui rend la vue trouble pendant quelques jours. Mais, d'après ma pratique personnelle, je n'ai jamais eu occasion de remarquer ces accidens ; au surplus, dans le cas où ils se manifestent, le remède est bien simple ; il consiste dans une légère limonade, ou bien dans des boissons aqueuses abondantes édulcorées avec un sirop.

Je vous adresse une caisse de ce sirop ; vous pourrez prier les médecins de Paris de l'essayer dans les cas où les autres vermifuges paraîtraient nuisibles ou sans effet (1)

J'ajouterai que j'ai quelquefois administré le sirop de *spigelia anthelmia* avec succès dans les affections soporeuses des enfans, lorsque j'ai pu en attribuer la cause à la présence des vers ; l'assoupissement alors, loin de s'accroître, a promptement disparu.

On continue ordinairement l'administration du brinvillier pendant deux ou trois jours (c'est-à-dire deux ou trois soirs), le troisième ou le quatrième jour, on prescrit une purgation douce. Je préfère l'huile de ricin, parce qu'elle est également vermifuge. Très-souvent, avant la prise du purgatif, le malade a rendu une quantité considérable de vers.

NOVERRE, D. M.,
au Lamentin de la Martinique.

(1) On expérimente en ce moment ce sirop à l'hôpital des Enfans. (*N. du R.*)

N° 8. — 30 AVRIL.

THERAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur quelques cas de fièvres larvées et sur leur traitement.

On donne le nom de fièvre larvée à toute affection fébrile qui dissimule sa nature sous un appareil de symptômes plus ou moins opposés à l'expression pathologique par laquelle elle a coutume de se manifester. La plupart des maladies sont susceptibles de revêtir ainsi une apparence trompeuse et de mentir, pour ainsi dire, à l'œil des médecins irréfléchis. De combien de manières ne se présentent pas les névroses, les fièvres gastriques, les fièvres vermineuses, les fièvres d'accès ? Il n'est pas, jusqu'aux affections phlogistiques, ordinairement si franches et si pures, qui ne se montrent quelquefois avec des caractères étrangers. Mais, de toutes les maladies capables d'en imposer, les fièvres intermittentes sont les plus habiles à changer de forme et d'aspect. On compte bien peu d'espèces pathologiques dont ces fièvres n'empruntent la livrée au point de tromper entièrement sur leur condition véritable, pour peu qu'on perde de vue les traits fugitifs de leur nature réelle qui survivent encore après que leur transformation est opérée. L'erreur est d'autant plus fatale dans ces circonstances difficiles, que très-souvent ces fièvres larvées sont pernicieuses, c'est-à-dire mortelles par tout autre traitement que par celui des vraies fièvres d'accès. L'intérêt général attaché à l'étude de ces maladies reçoit un nouveau prix de l'époque de l'année que nous venons de commencer. Le printemps, en effet, ne manque jamais de produire une multitude de désordres fonctionnels associés à un mouvement pyrétique du genre de celui dont nous parlons ici. Au moment où nous écrivons ces lignes, nous avons entre les mains quatre ou cinq hémoptysies soumises à des retours périodiques que nous poursuivons par le quinquina, précédé de quelques émissions sanguines. D'autres maladies, telles que des céphalalgies simulant la méningite, des névralgies d'apparence rhumatismale, des pleurésies, des angines règnent encore concurremment avec une fièvre intermittente qui, dans un grand nombre de cas, se subordonne à la cause de ces symptômes variés. Ces affections n'ont pas aujourd'hui une gravité alarmante ; elles sont aisées à connaître et non moins aisées à guérir ; mais encore est-il bon de ne pas se méprendre à leur nature, ne serait-ce que pour hâter leur solution heureuse, et aller au-devant des conséquences d'une méthode inopportune dont le plus petit inconvénient consiste à prolonger le mal. C'est d'après ces motifs que nous nous déterminons à offrir à la méditation des praticiens un petit nombre de faits de fièvres intermittentes larvées, en ayant soin de les rattacher à des

principes de thérapeutique applicables à tous les cas.

Incontinence d'urine guérie par le sulfate de quinine. Un portefaix, âgé de quarante-huit ans, à la suite d'une fièvre rémittente bilieuse, compliquée d'un point pleurétique, dont il avait été heureusement débarrassé par le concours des émissions sanguines et des évacuations émétiques et purgatives, fut pris, pendant la convalescence de cette maladie, d'une incontinence d'urine. Ce symptôme ne s'accompagnait d'aucune irritation, d'aucun obstacle dans les voies urinaires. Lorsque le malade se tenait debout, l'urine distillait goutte à goutte; quand il se tenait sur le dos, elle se ramassait dans la poche vésicale jusqu'à ce qu'elle sortît par regorgement, sans aucune participation de la volonté. Un mouvement de fièvre erratique s'observait tous les jours chez ce malade. Cette fièvre, annoncée par des frissons, se déclarait tous les soirs et revenait à peu près aux mêmes heures. Douze grains de sulfate de quinine dans quelques onces de sirop, administrés par cuillerées de deux en deux heures, et l'application de deux sinapismes à la partie interne des cuisses, emportèrent dès le lendemain l'énurésie et les accès de fièvre. Nous ajouterons que le malade fut mis à un régime tonique et à l'usage d'un vin généreux; deux jours après, ce sujet avait repris ses pénibles travaux.

On peut douter, dans cette observation, si le quinquina a opéré comme antipériodique ou comme tonique : il est à présumer qu'il a agi par ces deux qualités à la fois. L'incontinence d'urine dépendait en partie du relâchement général qui succède constamment aux affections gastriques, quand on n'a pas la précaution de le prévenir aux approches de leur terminaison, par l'emploi des toniques et des stimulans. Ce relâchement se témoigne assez souvent par une diarrhée affaiblissante, dont les soins du régime doivent faire justice. Ici les voies urinaires en ont ressenti les effets à cause de la susceptibilite individuelle du sujet, renforcée peut-être par l'habitude des écoulemens urétraux. La promptitude avec laquelle l'ingestion du sulfate de quinine a enlevé cette incontinence d'urine aussitôt après que la fièvre a été enrayée, autorise aussi à supposer qu'à quelques égards au moins, cette petite fièvre tenait l'énurésie sous sa dépendance. Si la faiblesse seule en avait fait les frais, il est plus que probable qu'elle n'aurait cédé que par dégrés au rétablissement des forces, au lieu de disparaître tout d'un coup comme cela a eu lieu de la veille au lendemain. C'est un point essentiel à remarquer que, dans les fièvres masquées, il est indispensable de démêler les symptômes qui relèvent de la fièvre, de ceux qui marchent isolés; ce qui les distingue, c'est que les premiers suivent toutes les phases du mouvement fébrile, paraissent avec lui, redoublent quand il augmente, diminuent ou s'effacent aussitôt qu'il a disparu; au lieu que les seconds se développent, naissent et se terminent sans d'autres rapports avec la fièvre qu'une simple coïncidence ou une complication plus ou moins intime. L'observation précédente nous offre sensiblement un trouble fébrile qui aide à reconnaître la nature réelle de l'énurésie. Nous allons citer d'autres faits dans lesquels aucun symptôme pyrétique n'est assez dessiné pour faire prononcer qu'on est en présence d'une fièvre d'accès. Ces cas sont précisément ceux auxquels on réserve à la rigueur le nom de fièvre larvée, parce qu'en effet, dans les maladies de ce genre, la fièvre est entièrement transformée.

Ischurie douloureuse et opiniâtre, à retours périodiques guérie par le sulfate de quinine. Un vieillard, plus que septuagénaire, maigre et délicat, éprouvait depuis quelques jours une douleur vive dans le canal de l'urètre avec contraction spasmodique pendant l'émission des urines: il en résultait une ischurie momentanée après laquelle le jet urinaire sortait en spirale et bifurqué. Ce sujet n'avait jamais essuyé d'écoulement syphilitique, mais il avait été atteint de la même ischurie deux fois déjà avant celle-ci. Des émissions sanguines et les rafraîchissans avaient suffi pour l'en débarrasser. D'après ces antécédens rien de mieux à faire dans une affection qui récidivait pour la troisième fois que d'employer le traitement qui avait toujours si bien réussi. Des sangsues furent donc appliquées alternativement au périnée et au haut des cuisses, des lavemens émolliens concoururent avec des boissons rafraîchissantes et des embrocations topiques au succès de la méthode antiphlogistique employée. Elle parut d'abord réussir à souhait: les symptômes s'amendèrent et les urines coulèrent mieux; mais bientôt ils reviennent avec une nouvelle force, quoiqu'on persistât dans l'emploi des mêmes moyens. On porta une sonde dans le canal de l'urètre jusque dans la vessie et l'on s'assura que le réservoir comme le trajet des urines jouissaient d'une parfaite liberté. Soupçonnant alors une constriction spasmodique de l'urètre, on eut recours à la belladone, à la jusquiame et à l'acétate de morphine qu'on introduisit tout près de l'organe affecté de spasme à travers le derme préalablement dénudé. Ce nouveau traitement n'eut pas plus de succès. C'est d'après ces essais inutiles qu'on s'aperçut que l'ischurie et les douleurs vésico-urétrales se relâchaient, sans toutefois cesser complétement, de deux jours l'un, alternativement. L'attention une fois dirigée vers la périodicité de l'ischurie, il fut plus facile de la constater; l'indication découlait toute seule de cette précieuse donnée. Douze grains de sulfate de quinine furent administrés en boissons dans les vingt-quatre heures et le lendemain plus d'ischurie ni de douleurs.

Cette observation est un des exemples le plus remarquables de fièvre intermittente larvée. On n'a pas perdu de vue que la fièvre était absolument nulle, du moins quant au trouble de l'appareil circulatoire et aux signes les plus saillans de la présence d'une fièvre d'accès, et pourtant il est évident que cette ischurie était de la famille de cette classe de maladies, puisque rien ne l'a combattue, si ce n'est l'antifébrile ou le quinquina. Cependant, avec une connaissance approfondie des phénomènes par lesquels les fièvres d'accès se déclarent, et une observation soigneuse de toutes les circonstances dont s'accompagnent ces sortes de faits, il sera possible, dans la plupart des cas, de signaler, malgré l'absence du tu-

multe fébrile, l'existence d'une fièvre masquée. Le trait le plus persistant après que le frisson, la chaleur et la sueur, ou les trois stades d'un accès ordinaire, ont cessé de se produire, c'est le retour du redoublement des symptômes à jours et à heures fixes, c'est-à-dire leur périodicité. Toutefois, il faut observer que cette périodicité est loin d'être ici aussi pure que dans les fièvres normales. Le plus souvent les symptômes sont continus, mais seulement ils s'exaspèrent par périodes réglées. La seule apparition de ce signe, dès qu'il est bien constaté, doit suffire au praticien pour soupçonner sinon une fièvre intermittente masquée, au moins une maladie dont le génie participe des fièvres d'accès. D'autres phénomènes survivent encore comme un témoignage que la maladie qu'on s'efforce de déterminer reconnaît les mêmes causes que ces dernières. Ceux-ci sont fugitifs, et difficiles à saisir. Cependant on doit comprendre l'importance de travailler avec ardeur à les distinguer, surtout lorsqu'il s'agit de ces fièvres larvées de dangereux caractère, qui tuent dans l'espace de quelques accès : alors le quinquina dûment ordonné opère à merveille, quelle que soit l'espèce de la maladie sous laquelle la fièvre s'est présentée. Nous allons voir néanmoins, par les développemens dans lesquels une troisième observation va nous permettre d'entrer, à quelles conditions on doit compter sur la vertu de cette substance, et quelles modifications assurent souvent son efficacité.

Epilepsie fantastique guérie par les antispasmodiques et le sulfate de quinine. Une fille âgée de douze ans, non réglée, et sujette depuis deux ans à des attaques épileptiformes, éprouva vers le mois d'octobre dernier des crises convulsives de même nature que les précédentes, mais plus intenses et plus fréquentes. La malade était assez forte et bien developpée pour son âge. Voici les caractères de ces crises. Elles étaient composées d'alternatives d'immobilité complète, dont elle se relevait brusquement, en se dressant avec des cris d'épouvante et des efforts pour échapper à un fantôme qu'elle croyait apercevoir à ses côtés. Pendant le temps de ces accès, sa face était animée, sa respiration entrecoupée, ses lèvres tremblantes et sa bouche pleine d'écume; elle n'entendait et ne voyait rien de ce qui se faisait autour d'elle. Dès le début de l'attaque les extrémités supérieures étaient saisies de contraction fixe. De cet état violent elle tombait dans un nouvel assoupissement, avec relâchement des membres, pour reprendre bientôt après sa connaissance et l'usage de ses facultés, sans conserver le souvenir de ce qui s'était passé. Dans les intervalles lucides la tête était lourde et douloureuse, ainsi que l'épigastre, la peau chaude, le visage coloré, les yeux animés, mais le pouls tranquille et les autres fonctions régulières. L'application de sangsues partout où l'on crut remarquer des signes de congestion, aidée de doux laxatifs et d'un régime antiphlogistique, apaisèrent momentanément ces symptômes, qui revinrent quelques jours après plus nombreux et plus intenses. Dès-lors les crises parurent tous les jours aux mêmes heures, au nombre de quatre, de deux en deux heures, en se disposant de manière qu'elle diminuaient de force de l'une à l'autre, et que la nuit amenait constamment un calme parfait. Ce retour des accès à heures fixes fit recourir au sulfate de quinine, dont on administra six grains dans les intervalles des accès de la journée. Dès le premier jour, les accès furent moins intenses. Les trois jours suivans la dose de sulfate fut élevée à huit grains : les accès diminuèrent progressivement en nombre, en force et en durée. Au bout de quatre jours, on n'en eut qu'un seul, le premier de tous, celui de huit heures de la matinée. Le lendemain, il n'y en eut plus du tout. On continua néanmoins le sulfate de quinine en le réduisant à quatre grains. Les accès revinrent encore, et cessèrent de nouveau en élevant la dose de sulfate jusqu'à douze grains par jour. Ils ne cessèrent définitivement de se montrer que lorsque l'on eut associé au fébrifuge des antispasmodiques appropriés.

Nous ne nous occuperons pas de l'étiologie de cette névrose : il nous suffit de remarquer qu'elle était avec évidence sous l'empire d'une fièvre larvée. Le traitement de ces sortes de fièvres a la même base sans doute que les fièvres intermittentes ; mais il est nécessaire de faire observer que la dose du fébrifuge a besoin d'être plus considérable contre les accès larvés que contre les accès réguliers. M. le docteur Poujol, qui nous a fourni les trois faits dont nous donnons l'analyse, n'a pas omis ce précepte important dans la thérapeutique de ces fièvres: aussi a-t-il triomphé complétement de toutes les circonstances des faits curieux que nous venons de rapporter. Un autre point non moins intéressant à constater, c'est que le sulfate de quinine a souvent besoin, dans les fièvres intermittentes anomales, parmi lesquelles figurent les fièvres larvées, d'être secondé par le concours des antispasmodiques, soit diffusibles, comme les éthers, soit calmans, comme les opiatiques. Ne poussons pas plus loin les réflexions relatives aux fièvres intermittentes larvées : résumons-les simplement en disant que les fièvres d'accès sont susceptibles de prendre toutes les formes possibles de maladies, que sous quelques dehors qu'elles se cachent, la périodicité du redoublement peut aider à reconnaître leur condition primitive, et qu'alors même que cet élément est effacé par l'empiétement des symptômes des accès, il est encore possible de découvrir leur génie en attachant son attention aux préludes et à la terminaison des redoublemens suspects. Le traitement de ces maladies repose principalement sur l'usage des préparations de quinquina. On les administre, autant qu'il se peut, dans les intervalles apyrétiques ; mais à défaut d'instans libres, il ne faut pas reculer devant son application, même pendant l'accès; seulement dans ces circonstances on attend, à moins encore que le danger ne presse, on attend, disons-nous, que l'exacerbation soit à son déclin. La dose du fébrifuge doit être plus forte que dans le traitement des fièvres ordinaires, et souvent, ainsi que nous venons de le dire, il est indispensable, pour en tirer le meilleur parti, ou même pour qu'il n'échoue pas, de le combiner avec les calmans et les antispasmodiques. FUSTER.

Propriétés singulières et action sur l'économie de la décoction d'ortie brûlante (urtica urens).

Le hasard fait souvent plus que le raisonnement et les spéculations abstraites de l'esprit, pour la découverte de nouveaux médicamens; la plupart des meilleurs agens de la matière médicale, et tous nos spécifiques, dont nous sommes si fiers, nous ont été fournis par des circonstances fortuites. Il ne faut donc point négliger les lumières que peuvent jeter sur les propriétés actives de plantes inusitées un fait nouveau, quelque extraordinaires que soient les phénomènes observés. Aussi nous croyons devoir arrêter un instant l'attention de nos lecteurs sur l'observation suivante, communiquée à l'Académie de médecine par M. le docteur Fiard et qui tendrait à faire voir dans l'ortie brûlante (*urtica urens*), plante tout-à-fait abandonnée par la médecine, une action spéciale, dont la thérapeutique pourrait retirer les plus grands avantages, et qui porterait, en sens inverse, sur deux systèmes glandulaires principaux, les reins et les glandes mammaires. Voici le fait :

Une dame de trente-huit ans, atteinte de fleurs blanches rebelles et de crampes d'estomac, qui en sont la suite ordinaire, va consulter une somnambule qui prescrit pour tout traitement une forte décoction d'ortie. La domestique de cette dame achète, le soir, chez un herboriste, deux onces environ de tiges vertes d'ortie brûlante (*urtica urens*), et non d'ortie blanche (*lamium album*); une décoction concentrée de cette plante est préparée, et la dame en prend deux grandes tasses chaudes en se mettant au lit.

A quatre heures du matin, il se manifeste une série d'accidens extraordinaires : la peau de la face, des bras, des épaules et de la poitrine sont le siége d'une chaleur âcre des plus désagréables; la malade éprouve dans ces parties un fourmillement, un engourdissement et des cuissons; les lèvres, le nez et les oreilles sont tuméfiés, et les paupières gonflées et œdémateuses ne permettent pas aux yeux de s'ouvrir. A midi, toutes les parties supérieures du corps, jusqu'à l'ombilic, étaient énormément tuméfiées, mais plutôt pâles et œdémateuses qu'enflammées; elles étaient recouvertes d'une éruption confluente de petites vésicules transparentes, remplies de sérosités parcilles à celles du *sudamina*, ce qui donnait à la peau un caractère rugueux. Il n'y avait d'ailleurs aucun trouble de la circulation ni de la respiration, et la malade n'accusait ni douleur de tête, ni sensibilité de l'épigastre, ni du ventre.

Qui aurait vu cette dame aurait été effrayé de son aspect ; sa face était monstrueuse, ses paupières, complétement closes, formaient deux tumeurs transparentes, du volume d'un œuf de poule, et l'on y apercevait déjà quelques points violacés; la lèvre supérieure, le nez et les deux oreilles avaient également un volume extraordinaire.

M. Fiard, auquel la malade cacha, pendant deux jours, sa visite à la somnambule et la prescription qu'elle en avait reçue, fut justement embarrassé pour asseoir le diagnostic de l'affection qu'il avait à traiter, affection qui, en effet, ne pouvait être rapprochée d'aucune maladie déjà décrite; il se borna donc à faire la médecine des symptômes.

Malgré l'absence de la fièvre et l'état normal de tous les viscères, prenant en considération le sentiment intolérable d'urtication qui jetait la malade dans des angoisses inexprimables, il pratiqua une large saignée du bras et aida cette médication par des dérivatifs tels que des bains de pieds et des sinapismes.

Il fit également de nombreuses scarifications aux paupières, aux oreilles, sur le nez et la lèvre supérieure. Une énorme quantité de sérosité, qu'on peut évaluer à un litre et demi, s'écoula jusqu'au lendemain par les incisions ; ce qui diminua le gonflement et soulagea beaucoup la malade. Les incisions s'étant fermées, on fut obligé, sur la demande expresse de la dame, de renouveler les scarifications le lendemain ; ce qui donna issue encore à deux litres de sérosité environ.

Le troisième jour, la face était désenflée, mais l'éruption de la poitrine et des bras existait encore, et la malade, qui éprouvait dans ces parties une vive démangeaison, ouvrait les vésicules avec ses ongles, et donnait ainsi écoulement à la sérosité qu'elles contenaient.

Mais les deux phénomènes les plus extraordinaires que cette dame a présentés, et sur lesquels nous devons porter l'attention des médecins, c'est *l'établissement de la sécrétion du lait* et *la suppression complète de la sécrétion urinaire.*

La malade (qui n'avait pas eu d'enfans depuis trois ans et demi et qui n'avait nourri aucun des douze dont elle avait été mère), vit, dès les premiers phénomènes de l'affection que nous avons décrite, ses seins se tuméfier ; il s'écoula du mamelon un liquide séreux, qui bientôt devint blanchâtre et *prit tous les caractères du lait.* Cet écoulement, qui était abondant, dura plus de huit jours après la dissipation des principaux accidens.

Quant à la sécrétion urinaire, elle fut complétement supprimée dès le début, et, malgré les boissons nitrées, acidulées, émulsives, etc., il ne s'écoula pas *une seule goutte d'urine pendant douze jours.* Cependant, depuis le quatrième jour, la malade mangeait et allait à la garde-robe. Le rétablissement des fonction des reins a coïncidé avec l'administration d'une décoction de racines d'asperges et de persil, avec le sirop de cinq racines apéritives.

On a noté pendant toute la maladie une démangeaison désagréable. Tout se termina le sixième jour par une desquammation.

Le fait que nous venons de rapporter est le seul de ce genre qui ait été observé ; il ne peut par conséquent devenir encore la base d'aucune induction certaine.

Cependant l'action de l'ortie brûlante (*urtica urens*) sur les glandes mammaires et sur les reins est trop importante, elle aurait une trop haute portée en thérapeutique, pour que les propriétés que l'observation de

M. Fiard signale pour la première fois dans cette plante, n'engagent pas les médecins à répéter avec prudence quelques expériences à cet égard.

En résumé, les points principaux à déduire du cas observé par M. Fiard sont : 1° que l'huile essentielle de l'ortie (s'il y en a une) ou bien son principe actif, n'a pas eu d'action irritante et nuisible sur un estomac naturellement irritable et toujours irrité ; 2° qu'aucun viscère n'a souffert de son ingestion ; 3° qu'elle a déterminé une urtication depuis le sommet de la tête jusqu'à l'épigastre, et pas plus bas, accompagnée d'une infiltration œdémateuse de la peau ; et qu'une énorme quantité de sérosité s'est écoulée par les mouchetures ou par les vésicules ouvertes ; 4° que la sécrétion urinaire a été complétement suspendue pendant douze jours ; 5° que la sécrétion du lait s'est établie et a duré huit jours dans les seins d'une femme qui, ayant eu douze enfans, n'en avait allaité aucun, et chez laquelle le dernier accouchement datait de trois ans et demi.

M. Fiard conclut : que la décoction d'ortie brûlante (*urtica urens*), devrait être essayée à des doses modérées comme anti-diurétique dans le diabétès, maladie pour laquelle il n'existe pas jusqu'à ce jour d'agent thérapeutique spécial ;

Que dans l'hydrothorax et l'hydrocéphale l'ortie serait peut-être un moyen de produire une dérivation précieuse et efficace ;

Que, dans les maladies graves qui résultent de la suspension de la sécrétion laiteuse chez les femmes en couche, ce serait peut-être encore un moyen de reporter sur les seins une activité vitale déplacée.

Mais, nous devons le répéter en finissant, ces applications sont et devaient être laissées dans le doute par M. Fiard ; c'est aux médecins, et surtout aux médecins des hôpitaux, mieux placés pour ces sortes d'épreuves, qu'appartient le soin d'apprécier la justesse de ces données, qui nous paraissent raisonnables et spécieuses.

De l'or dans le traitement des scrofules.

Les préparations d'or ont été jusqu'ici fort peu employées contre les maladies scrofuleuses ; c'est pour en faire voir l'utilité et la valeur que M. Legrand a recueilli un assez grand nombre d'observations qu'il a tirées de sa pratique particulière, ou qui lui ont été communiquées par d'autres médecins, et qu'il est venu lire sur ce sujet un mémoire intéressant à l'Académie des sciences.

Les préparations aurifères que recommande M. Legrand sont : 1° à l'état métallique, l'*or divisé*, soit par un procédé mécanique, soit par un procédé chimique ; 2° à l'état d'oxide, l'*oxide d'or par la potasse*, l'*oxide par l'étain ou stannate d'or ;* 3° à l'état de sel, le *perchlorure d'or et de soude*. Ces quatre préparations s'administrent en friction sur la langue et en pansement sur les plaies ; à l'intérieur on les donne sous forme de pastilles ou de pilules, ou associées à des extraits.

M. Legrand rapporte un grand nombre d'observations, où l'engorgement des glandes du cou a disparu par l'effet de l'or employé pendant un temps plus ou moins long. Ce médicament n'a pas été moins utile dans certains engorgemens glanduleux compliqués d'ophthalmie scrofuleuse. Des abcès froids de la cuisse et des tumeurs lipomateuses ont cédé à l'administration du même moyen. Enfin dans deux ou trois cas où les ganglions mésentériques étaient gonflés et où il y avait déjà un commencement d'ascite, la guérison a été encore obtenue.

On voit par cette énumération, que les préparations aurifères s'emploient dans un assez grand nombre de cas, où l'iode est également applicable, et avec non moins de succès, suivant M. Legrand.

L'auteur n'a pas seulement constaté dans le scrofule l'efficacité des préparations aurifères. Il les a aussi essayées dans le goître, et suivant les observations qu'il rapporte, elles n'ont pas moins réussi que l'iodure lui-même. Enfin il les a administrées en friction dans un cas d'endurcissement chronique des amygdales, et elles ont produit la fonte de l'engorgement. Ce serait une expérience à répéter ; car l'on sait que les engorgemens des amygdales, lorsqu'ils sont devenus chroniques, nécessitent presque toujours l'emploi du bistouri.

Il est à désirer qu'une plus longue expérimentation vienne vérifier les recherches de M. Legrand et prouver l'efficacité de l'or. L'affection scrofuleuse est fréquente ; elle est une des plus funestes, dans les premières périodes de la vie surtout, parmi les classes pauvres. Une mauvaise alimentation, l'absence d'un air pur, l'entassement d'individus dans des lieux malsains et humides, dans certaines fabriques par exemple, ne manquent pas d'engendrer les scrofules chez un certain nombre de personnes qui n'ont pas une constitution assez vigoureuse pour résister à l'influence de ces causes. On la voit, mais plus rarement, attaquer les enfans dans les classes aisées ; alors elle est produite par des causes bien moins appréciables, quoiqu'on puisse mettre au rang des plus apparentes, l'hérédité. Il serait donc fort important de posséder contre une affection redoutable et fréquente, des médicamens de quelque vertu. L'utilité de l'iode est incontestable ; mais, comme tout remède, il rencontre des cas où, soit par la constitution propre du sujet, soit par la forme qu'affecte la maladie, il demeure impuissant ; le praticien serait heureux d'avoir deux armes au lieu d'une contre le vice scrofuleux.

Nous attendrons, pour nous prononcer d'une manière définitive sur la valeur thérapeutique du médicament anti-scrofuleux proposé, et sur lequel M. le professeur Serre de Montpellier a également porté l'attention, en publiant dans notre dernier numéro les bons effets qu'il a obtenus des préparations aurifères dans le traitement du testicule scrofuleux, nous attendrons que l'expérience ait accumulé de nouveaux faits. Des essais se font en ce moment à l'hôpital des enfans dans la divi-

sion des scrofuleux ; nous en ferons connaître plus tard le résultat. A.

Un mot sur le traitement de la dysménorrhée.

La pratique des hôpitaux, tout utile, tout indispensable qu'elle est, malgré l'expérience et le savoir-faire qu'elle donne, est bien loin de suffire à toutes les exigences de la pratique, surtout au sein d'une grande ville. Entre les mille et une petites indispositions, qui ne se voient guère dans les hôpitaux et pour lesquelles on réclame journellement en ville nos soins les plus assidus, il en est une qui met souvent en défaut la thérapeutique la plus féconde en expédiens. Je veux parler de la dysménorrhée, ce fléau des femmes qui mènent une vie sédentaire.

Après de nombreux essais infructueux, ayant été assez heureux pour rencontrer dans l'association tout empirique de deux médicamens un résultat refusé à leur emploi isolé, la diminution, puis la disparition complète des douleurs utérines connues sous le nom de coliques de règles ou de dysménorrhée, je m'empresse d'en publier la formule et le mode d'administration. Pour prévenir toute objection, je dirai que, sans égard pour la nature de cette affection, aussi variable dans son essence que complexe dans sa manifestation, j'ai toujours agi empiriquement jusqu'ici dans son traitement, sans avoir eu une seule fois, non pas à m'en repentir, mais à ne m'en pas féliciter.

Je laisse d'ailleurs à l'expérience à vérifier la valeur réelle de cette médication, et aux circonstances à faire connaître les exceptions, s'il en existe.

Consulté en pareil cas, je conseille indifféremment l'un des deux lavemens suivans, que je recommande à la malade de garder.

Prenez : Eau un verre.
Tête de pavot concassé, n° 1.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers ; passez et ajoutez :

Huile camphrée deux gros (cette huile doit contenir deux grains de camphre par chaque gros).

Autre formule.

Prenez : Eau, quatre onces.
Extrait gommeux d'opium, demi-grain.
Camphre, quatre grains.
Jaune d'œuf, n° 1.
F. s. l.

Ces lavemens ont rarement besoin d'être renouvelés ; ils peuvent cependant l'être avec avantage le second jour si les douleurs utérines n'ont pas complétement cessé, ou si elles se représentent dans le cours de la menstruation. Sur plus de vingt cas où j'ai employé ce moyen je l'ai toujours vu amener un notable soulagement, sinon une guérison complète. Chez quelques malades qui répugnent à prendre des lavemens, j'ai eu recours avec un succès presque égal aux pilules suivantes :

Prenez : Opium brut, gr. j.
Camphre en poudre, gr. vj.
Faites deux pilules.

A prendre l'une le soir, l'autre le matin, ou dans la journée ; suivant l'urgence des cas.

PIGEAUX

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement chirurgical de l'hydrorachis simple ou du spina-bifida non compliqué d'hydrocéphale.

Jusqu'à ces derniers temps, les pathologistes avaient regardé, et la plupart d'entre eux regardent encore l'hydrorachis, ou l'hydropisie de la moelle épinière, comme une maladie tout-à-fait incurable. Toute tentative chirurgicale, en effet, qui avait été faite jusqu'à présent dans le but de la guérir, n'avait que hâté la mort des malades. Sabatier, homme d'un jugement si profond en matière chirurgicale, avoue que, s'étant un jour laissé persuader d'enfoncer la pointe d'une lancette dans la poche hydrorachique d'un enfant, vit bientôt les convulsions les plus fâcheuses survenir et amener la mort du malade. Aussi déconseille-t-il formellement toute tentative thérapeutique active à cet égard. Boyer, et une foule d'autres praticiens de premier ordre, soutiennent et corroborent la même sentence, en se fondant sur d'autres faits analogues. Ces hommes célèbres n'ont pas cependant réfléchi qu'au milieu des faits qu'ils avaient eux-mêmes recueillis et consignés dans leurs ouvrages, il y en avait qui contredisaient formellement leurs opinions à ce sujet ; ils n'ont pas pensé qu'au lieu de prononcer une décision aussi décourageante et aussi générale, il valait, au contraire, mieux étudier les différentes variétés de cette maladie, et voir dans quelles circonstances et par quels procédés la nature avait guéri certains individus hydrorachiques. Expliquons-nous sur ces derniers points :

L'hydrorachis ou le spina-bifida se présente sous deux formes bien distinctes : dans l'une, l'hydropisie rachidienne n'est qu'un symptôme, ou plutôt une complication fâcheuse d'une autre affection non moins grave, l'hydrocéphalie ; dans l'autre, le mal rachidien constitue une affection hydropique toute locale, et bornée dans une étendue plus ou moins considérable de la tige vertébrale. On pourrait, je crois, comparer jusqu'à un certain point, la première espèce de spina-bifida à l'hydrocèle, compliquée de hernie scrotale congénitale et d'hydropisie ascite, dans laquelle la collection

aqueuse entre et sort des bourses dans l'abdomen et *vice versâ*, avec une facilité remarquable; tandis que la seconde ressemble plutôt à une hydropisie enkystée particulière. On voit par là quelle différence immense il doit y avoir entre la nature, la marche, et la terminaison spontanée de ces deux sortes d'hydropisies rachidiennes.

Dans l'hydrorachis compliqué d'hydrocéphale, la compression de la tumeur vertébrale, lorsqu'elle est réductible, fait refluer le liquide jusque dans le crâne, ainsi que cela résulte de la dilatation instantanée des fontanelles qui a lieu pendant cette épreuve. Rien de pareil n'a lieu dans l'hydrorachis simple ou idiopathique. J'ajoute que dans ce dernier cas, la partie aqueuse est tout-à-fait irréductible, et constitue une tumeur extra-vertébrale, communiquant seulement avec la cavité du rachis à l'aide d'une petite ouverture osseuse, laquelle est susceptible de resserrement, et n'est pas toujours en direction convenable avec le kyste pour permettre aux eaux de celui-ci de la traverser. Je pourrais citer ici plusieurs faits d'anatomie pathologique à l'appui de mon opinion.

Il faut noter que, en outre, dans l'hydro-encéphalorachie, le kyste aqueux vertébral peut se présenter sur tous les points de la longueur de la colonne osseuse du tronc. Ainsi, on l'a vu à la région occipitale (MM. Serres de Paris et Cruveilhier), à la dorsale et à la lombaire. L'hydrorachis idiopathique ou essentiel, au contraire, n'a été observé, le plus souvent, que dans la partie la plus basse de la colonne lombaire, précisément à l'endroit de la conjugaison de cette colonne avec l'os sacrum. Ajoutons que dans cette dernière hydropisie la tumeur n'acquiert pas ordinairement un volume aussi considérable que dans la première. Toutes ces circonstances rendent l'hydrorachis symptomatique d'hydrocéphalie incomparablement plus grave que l'autre variété dont nous venons de parler.

Ces considérations étant posées, interrogeons maintenant la nature médicatrice en étudiant les faits existans dans la science.

Si l'on se donne la peine de réunir et de méditer toutes les observations de spina-bifida publiées jusqu'à ces dernières années, on ne trouve malheureusement dans cet ensemble qu'un *sepulchretum* désolant. On dirait que les auteurs ont plutôt visé à faire avancer l'anatomie pathologique que la thérapeutique sur ce point. La prévention où l'on était contre la possibilité de guérir cette maladie n'a pas peu contribué à cette espèce de lacune malheureuse. Voyons pourtant les observations.

Obs. I. Deux jumeaux hydrorachiques sont nés d'une femme de Bois-le-Duc : l'un d'eux mourut dans les convulsions, l'autre s'éleva assez bien. Celui-ci portait une poche hydrorachique du volume d'un marron, à l'union des lombes avec le sacrum. A l'âge de dix ans, la tumeur avait le volume et la forme d'une bouteille, elle était transparente et menaçait de se rompre. On en fit la ponction avec un très-petit trois-quarts dans la partie la plus déclive et on la vida; mais la poche se remplit de nouveau en peu de jours ; à l'âge de vingt ans, la tumeur avait le volume de la tête d'un homme adulte et obligeait le malade à incliner le corps en avant en marchant. Vers cette époque, une fièvre grave survient, le malade se couche involontairement sur la tumeur ; celle-ci s'enflamme, se gangrène superficiellement, la résorption intérieure est provoquée par cet accident phlogistique, la grosseur diminue de volume, elle finit par disparaître spontanément et le malade se trouve de la sorte radicalement guéri de son hydrorachis. Les parois de la tumeur, flétries et rugueuses, formèrent une cicatrice solide, mais adhérente aux côtes et semblable à une mamelle squirrheuse. (Camper.)

Cette observation prouve, 1° que l'hydrorachis n'est pas toujours une maladie mortelle; 2° que la ponction, faite avec les précautions convenables, n'est pas toujours suivie d'accidens graves; 3° que la tumeur en question peut guérir comme toute autre hydropisie enkystée, c'est-à-dire par oblitération de la poche aqueuse, déterminée par un degré convenable ou de phlogose adhésive. Ces dernières propositions sont confirmées par l'observation suivante.

Obs. II. Un enfant portait, en venant au monde, une petite tumeur hydrorachique au-dessus de la seconde vertèbre lombaire. Six semaines après, elle avait le volume d'une orange et menaçait de se rompre. On y fit une ponction avec une lancette, à la partie la plus déclive. L'ouverture fut sur-le-champ bouchée par une tente de charpie; on ôta de temps en temps cette tente et l'on vida la tumeur à mesure qu'elle se remplissait de nouveau. La poche finit par s'affaisser : on la couvrit d'un emplâtre et elle disparut tout-à-fait. Il resta à la place une cicatrice rugueuse et enfoncée. Le malade guérit. (Hoffmann).

Il est impossible de ne pas reconnaître dans ce fait un mécanisme thérapeutique tout-à-fait semblable au précédent. En effet, même travail phlogistique de la poche morbide, même mode d'oblitération. Il est à observer que l'espèce de plaque dure et rugueuse que la nature médicatrice laisse sur la place de la tumeur guérie, forme ici la ressource la plus admirable et la plus essentielle pour la solidité de la cure. En effet, l'anatomie pathologique de l'hydrorachis démontre que sur ce point de la colonne rachidienne il y a non-seulement arrêt de développement dans le segment postérieur osseux des vertèbres, mais aussi que la peau manque complétement sur ce point de la région du tronc, de manière que la poche hydropique n'est formée que par les membranes distendues de la moelle, ou, en d'autres termes, que la face externe de la tumeur ne résulte que de la dure-mère spinale, couverte d'un épiderme accidentel. Or l'on conçoit que, sans cette plaque défensive de la moelle que la nature y forme pour boucher l'ouverture osseuse, il n'y aurait pas de guérison possible.

Ces deux faits importans, regardés comme tout-à-fait exceptionnels par des autorités très-graves, ne devaient pourtant pas être perdus pour la science. Il ne fallait, en effet, qu'attendre qu'un homme de génie su-

périeur sût les envisager sous leur véritable point de vue et mettre la lumière qui en émane au profit de la thérapeutique. Cet honneur était réservé à M. Astley Cooper : ce célèbre chirurgien anglais, se fondant sur les considérations que je viens d'émettre, a pensé que l'hydrorachis simple pourrait être guéri en provoquant artificiellement l'oblitération de la poche de la tumeur par un procédé analogue à celui que la nature emploie elle-même lorsqu'elle veut oblitérer une cavité soit normale, soit accidentelle. Laissons parler l'expérience.

Obs. III. Un enfant, âgé de deux mois, portait sur la région lombaire un *spina-bifida* dont la tumeur égalait le volume et la forme d'une demi bille ; elle était molle, transparente et élastique ; l'encéphale paraissait dans l'état normal ; les membres inférieurs étaient parfaitement sensibles ; la vessie et le rectum fonctionnaient normalement ; le taxis sur la tumeur réduisait complétement les eaux dans le canal rachidien, mais ce taxis ne pouvait pas s'exécuter sans produire sur-le-champ des symptômes de compression cérébrale. M. Astley Cooper, aux soins duquel ce malade fut confié, pratiqua immédiatement une ponction dans la tumeur à l'aide d'une aiguille ordinaire (grosse aiguille à coudre) et évacua ainsi deux onces d'eau. Quatre jours après, la tumeur étant remplie de nouveau, seconde ponction, pareille à la précédente : issue de quatre onces de liquide. Une compresse double est appliquée sur la poche hydropique affaissée et une petite bande légèrement compressive par-dessus. Les jours suivans, la tumeur continuant à se reproduire, on continua à la ponctionner tous les deux, trois ou quatre jours et à la comprimer comme précédemment. On pratiqua jusqu'à neuf ponctions, en tirant chaque fois, deux trois ou quatre onces d'eau. Enfin, la poche s'enflamma au point voulu pour l'adhésion réciproque de ses parois ; elle finit par s'oblitérer et le malade guérit radicalement. Les parties molles de la tumeur s'étant crispées, ou plutôt ratatinées sur elles-mêmes, le centre de cette plaque avait pris tout-à-fait la forme d'un ombilic. Cet enfant grandit et se porta bien par la suite.

Pour rendre complète la relation de ce fait intéressant, nous devons ajouter : 1° que la première ponction a été tout-à-fait indolente ; 2° qu'à la seconde, l'enfant témoigna de la douleur après l'écoulement des eaux ; 3° qu'à la sixième, le liquide avait perdu tout la transparence qu'il avait présentée à la première ponction. Il était graduellement devenu trouble, sanguinolent et puriforme ; 4° qu'après la septième, la compression a été augmentée à l'aide d'une plaque de carton sur la tumeur et d'une bande de flanelle ; 5° qu'après la neuvième ponction, la tumeur s'enflamma évidemment, la quantité du fluide obtenue diminua de moitié et parut mêlée à de la lymphe coagulable. Une réaction constitutionnelle se déclara alors, l'enfant parut très-souffrant. On combattit ces symptômes à l'aide du calomel et de la scammonée ; on ôta sur-le-champ la compression de la tumeur, qui déjà était considérablement réduite, puisque son volume était à peine le quart de ce qu'il était avant le traitement ; enfin elle se ratatina graduellement sur elle-même en formant une petite tumeur solide.

Un second enfant hydrorachique ayant été traité de la même manière, par le même praticien, guérit également. Seulement je dois dire que, dans ce cas, chaque ponction a été suivie d'accidens graves, convulsions vomissemens, etc., auxquels on a remédié par l'usage des purgatifs ; mais enfin la guérison radicale eut lieu.

Un troisième enfant, dont le spina-bifida était compliqué d'hydrocéphale, de faiblesse générale, etc., a succombé dans des convulsions ; mais l'autopsie a démontré que la poche hydrorachique était déjà oblitérée par l'interposition de beaucoup de lymphe coagulable, qui avait été le produit de la phlogose adhésive intérieure. M. A. Cooper pense que ce malade est plutôt mort par suite des mauvaises conditions où ses organes se trouvaient que de l'opération elle-même. Son hydrocéphale d'ailleurs, et l'état de faiblesse où il se trouvait, ne lui permettaient pas de vivre long-temps.

J'ai lieu de m'étonner que ces résultats, aussi précieux à l'égard d'une maladie, jugée généralement incurable et nécessairement mortelle, soient presque entièrement ignorés en France. Je dois dire cependant que l'illustre Dupuytren s'était proposé, dans les dernières années de sa vie, d'essayer cette méthode. En 1832, en effet, un enfant, âgé de quelques mois, atteint d'hydrorachis simple, lombaire, lui fut présenté à l'Hôtel-Dieu ; la tumeur avait le volume d'une petite pomme ; il en pratiqua publiquement la ponction, à l'aide d'une aiguille ordinaire à coudre, qu'il introduisit en la faisant filer entre les doigts comme une aiguille à acupuncture. Cette opération fut répétée une fois par semaine pendant quatre ou cinq fois ; aucun accident ne survint ; la poche se vidait en partie à chaque fois. Mais la mère de cet enfant n'étant plus revenue à la consultation de l'Hôtel-Dieu avec son petit malade, nous l'avons perdue de vue, de sorte que nous ne pouvons dire quel a été le résultat définitif de cet essai. J'ajouterai que, dans ce cas, la compression de la tumeur, après la ponction, qui forme une des conditions essentielles pour la guérison radicale, n'a point été employée.

La méthode de traitement que nous venons de décrire nous paraît si importante, si rationnelle, si conforme à l'expérience et aux principes de la saine chirurgie, que nous ne saurions trop en recommander l'adoption à nos confrères. Elle nous paraît d'ailleurs d'autant plus adoptable qu'il n'y en a pas d'autre, du moins pour les cas où la réduction du liquide dans le rachis provoque des symptômes de compression comme dans le troisième fait que nous signalons.

Si cependant la réduction du liquide ne déterminait point les symptômes énoncés, on pourrait essayer de traiter l'hydrorachis comme l'hydrocèle chez les enfans ou comme la hernie congénitale ; savoir : repousser l'eau dans le canal rachidien, mettre un bandage à pelote plane ou an peu concave en permanence sur

l'endroit de la tumeur, abandonner l'eau à sa résorption naturelle et attendre que la nature ferme l'ouverture congénitale de la colonne vertébrale par les progrès de l'ossification. Dans un cas de cette espèce, M. Astley Cooper a réussi à guérir parfaitement le petit malade en suivant cette méthode. Ce fait se trouve consigné, avec tous les détails désirables, dans le Mémoire, en anglais, de cet auteur, sur le spina-bifida.

Nous ne terminerons pas cet article sans dire toutefois que les deux méthode de traitement que nous venons de décrire ne me paraissent pas applicables, 1° lorsque le spina-bifida est compliqué d'hydrocéphale; 2° lorsqu'il y a paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum; 3° lorsque la tumeur se trouve déjà crevée spontanément.

ROGNETTA.

PHARMACI.

Nouvelle préparation du baume opodeldoch.

M. Ferrari, pharmacien de Vérone, après avoir mis en usage les procédés proposés par MM. Cadet de Gassicourt, Decourdemanche, Clerambourg-Delondre, Henry et Guibourt, Em. Monchon, etc.; a cru devoir apporter à la préparation du baume opodeldoch les modifications suivantes dans les proportions des constituans. Voici sa formule :

Savon animal sec et transparent.	128 grammes.
Camphre raffiné.	96
Ammoniaque à 22°.	32
Charbon animal épuré.	96
Huile essentielle de romarin.	24
Huile essentielle de thym.	8
Alcool à 36°.	1500

On dissout le camphre et les huiles volatiles dans cinq cents parties d'alcool, et l'on y ajoute trente-deux grammes de charbon animal qu'on y laisse en contact pendant quarante-huit heures, en agitant de temps en temps; on verse ensuite le tout dans un matras dans lequel se trouve le savon dissous dans l'alcool qu'on a tenu exposé au bain-marie pendant une demi-heure avec soixante-quatre grammes de charbon animal; après avoir laissé de nouveau ce matras au bain-marie pour favoriser la combinaison des deux alcoolés, on y ajoute peu à peu l'alcali volatil, et l'on filtre promptement; la liqueur est aussitôt distribuée dans des flacons hermétiquement fermés, et dont on recouvre le goulot avec la cire blanche.

Nouvelle formule pour la préparation du sirop de capsules de pavots blancs.

Voici une formule qui donne pour la préparation du sirop de capsules de pavots, un résultat presque rigoureux, que ne présentent pas les procédés publiés jusqu'à ce jour. Elle est due à M. Beral. Le sirop ainsi préparé contient par once les principes solubles d'un gros de capsule de pavots.

Prenez : Hydrolature des capsules de pavots blancs au 8°,	12 livres.
Sucre Raguenet, cassé en morceaux.	8 liv.

Pesez le sucre, et l'infusion dans une bassine, et faites bouillir pendant le temps nécessaire pour réduire le mélange à environ 12 livres.

Laissez refroidir, et passez au travers d'un blanchet, préalablement lavé à l'eau distillée, et séché.

L'hydrolature pour la confection du sirop est préparée de la manière suivante :

Prenez : Capsule de pavots, blancs sèches et incisées,	32 onces.
Eau distillée.	16 liv.

Le bain-marie d'un alambic étant placé dans sa cucurbite à moitié pleine d'eau, on y met les têtes de pavots sur lesquelles on verse l'eau distillée. Les choses étant ainsi disposées, et le bain-marie couvert, on fait bouillir pendant une demi-heure l'eau contenue dans la cucurbite; on cesse le feu sans déranger l'appareil, et on laisse infuser pendant douze heures. A cette époque il ne reste plus qu'à faire passer le liquide au travers d'un blanchet lavé à l'eau distillée, en ayant le soin d'exprimer le marc avec les mains.

La quantité du produit est ordinairement de 12 livres.

Ce qui correspond aux trois quarts des capsules employées, ou à 24 onces.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

AVRIL 1835.

Sur les moyens de reconnaître l'existence de l'acide sulfureux dans l'acide hydrochlorique du commerce; par M. J. Girardin, professeur de chimie à Rouen, etc.

L'acide hydrochlorique que les fabriques de soude artificielles produisent en si grande quantité, et qui est livré immédiatement au commerce, est loin d'être pur; non qu'on y ajoute à dessein des matières étrangères, comme cela se pratique pour plusieurs autres acides; mais par suite du mode de préparation et de l'impureté des substances premières qui servent à son extraction.

Il est toujours coloré en jaune par du perchlorure de fer qui résulte de l'action du gaz acide hydrochlorique sur les cylindres de fonte dans lesquels il se produit. Il renferme souvent aussi du chlore et de l'acide hyponitrique qui contribuent également à sa coloration. La présence de ces deux corps est due à ce que le sel marin dont on fait usage contient des nitrates qui, décomposés en même temps que le premier par l'acide sulfurique, fournissent de l'acide nitrique dont la réaction sur l'acide hydrochlorique devenu libre donne lieu à de l'eau régale, c'est-à-dire à de l'eau, du chlore et de l'acide hyponitrique; mais ceux-ci ne sont jamais qu'en très-faible proportion dans l'acide hydrochlorique liquide. Il contient ordinairement de l'acide sulfurique en proportions variables, ou de petites quantités de sulfate de soude et de chaux. Enfin il est fréquemment altéré par de l'acide sulfureux. Selon les uns, cet acide étranger proviendrait de ce que le sel marin, livré en franchise de droits aux fabricans de soude, étant mêlé à dessein par la régie avec plus ou moins de matières bitumineuses et de charbon, ces matières décomposent une certaine portion d'acide sulfurique et le ramènent à l'état d'acide sulfureux. Mais, selon d'autres, celui-ci résulterait de l'action qu'exerce l'acide sulfurique sur les cylindres à une certaine température. Cette dernière opinion est plus vraisemblable, car tous les acides hydrochloriques du commerce ne contiennent pas d'acide sulfureux, ce qui devrait être cependant si la cause de sa production résidait dans l'existence des matières organiques et du charbon dans le sel marin; il y a plus même, l'acide hydrochlorique provenant d'une même fabrique est tantôt souillé, et tantôt exempt d'acide sulfureux, ce qui indique assez que la production de ce dernier dépend uniquement d'un vice de préparation. On sait que l'acide sulfurique attaque vivement la fonte à une température élevée en dégageant beaucoup d'acide sulfureux. Or, à la fin de l'opération des fabriques, on a coutume de chauffer un peu fortement les cylindres pour achever la décomposition du sel marin, et comme alors il ne reste plus que très-peu de celui-ci, l'acide sulfurique en excès porte son action sur la fonte et se décompose. Suivant donc la manière dont la fin de l'opération est gouvernée, il y aura plus ou moins d'acide sulfureux produit, ou même il pourra ne s'en faire aucune trace sensible. Il est à observer que l'acide hydrochlorique chargé d'acide sulfureux ne renferme plus de chlore, puisque les deux gaz ne peuvent exister simultanément dans l'eau sans se convertir en acide sulfurique et hydrochlorique par suite de la décomposition de ce liquide.

De toutes les matières étrangères dont nous venons de signaler l'existence possible dans l'acide hydrochlorique du commerce, la plus nuisible est sans contredit l'acide sulfureux.

C'est surtout lorsqu'on applique l'acide hydrochlorique à la fabrication du chlore et des chlorites, du sel d'étain, de l'acide hydrosulfurique, que les inconvéniens attachés à la présence de l'acide sulfureux se font sentir. Il est donc extrêmement important d'avoir des procédés prompts et commodes pour reconnaître les plus petites traces de cet acide.

Lorsqu'il est en proportion assez considérable, et tel est le cas de certains acides hydrochloriques de Rouen, et de quelques autres qui arrivent par la voie de Paris, il est aisément reconnaissable pour ceux qui ont l'habitude de manier ces produits, à la couleur brune, à l'aspect trouble, et à l'odeur piquante et désagréable de ces acides. Mais lorsqu'il est en petite quantité, sa présence ne saurait être constatée par ces caractères empyriques. Il faut de toute nécessité recourir à des procédés chimiques.

Ceux qui ont été indiqués jusqu'ici pour cette détermination ne sont malheureusement ni commodes ni certains.

L'un d'eux, cité par MM. Bussy et Boutron-Charlard, dans leur *Traité des moyens de reconnaître les falsifications des drogues simples et composées* (page 17), consiste à saturer l'acide hydrochlorique par l'eau de

baryte, après l'avoir étendu de trois à quatre fois son poids d'eau distillée. Il se fait un précipité blanc de sulfate et de sulfite de baryte, qui lavé à plusieurs reprises pour en séparer le chlorure de barium et arrosé ensuite d'acide sulfurique concentré, exhale l'odeur d'acide sulfureux. Indépendamment du temps et de la manipulation que nécessite ce procédé, et qui suffiraient seuls pour l'éloigner des ateliers, il a encore l'inconvénient d'exiger, pour reconnaître des quantités d'acide sulfureux aussi petites que celles sur lesquelles on agit, une assez grande délicatesse d'odorat, et ce sens est souvent émoussé chez les chimistes manufacturiers.

Un autre procédé a été proposé par M. Chevreul dans les *Leçons de chimie appliquée à la teinture* (*XI*e. *Leçon*, page 15). Ce savant chimiste, en faisant l'étude du sulfite de cuivre, a reconnu dès 1812 (*Annales de chimie*, tom. 83, page 181), qu'en versant du sulfite de potasse dans un sel de deutoxide de cuivre, il se produit un précipité jaune formé par du sulfite double de potasse et de protoxide de cuivre, et que ce précipité chauffé au sein de l'eau se décompose en sulfite de potasse qui se dissout, et en sulfite de protoxide de cuivre qui est insoluble et qui apparaît alors avec une couleur rouge. Partant de ce fait, M. Chevreul en a conclu que lorsqu'un acide hydrochlorique du commerce renfermerait une quantité notable d'acide sulfureux, il suffirait pour le reconnaître de saturer le premier par la potasse et de le mêler ensuite avec du sulfate de cuivre dissous, parce qu'alors il se produirait un précipité jaune qui deviendrait subitement rouge par l'ébullition. Mais ces prévisions théoriques ne sont nullement confirmées par la pratique. En effet le procédé de M. Chevreul, excellent pour distinguer l'acide sulfureux libre ou combiné aux bases devient impuissant quand il est question d'acide sulfureux mêlé à l'acide hydrochlorique. Nous avons bien des fois appliqué ce procédé à des acides hydrochloriques *surchargés* d'acide sulfureux, et jamais nous n'avons pu obtenir la réaction annoncée par M. Chevreul. L'addition du sulfate ou de tout autre sel de cuivre dans ces acides neutralisés par la potasse ne donne lieu à aucun précipité, ou lorsque les liqueurs sont concentrées, il en produit un léger, bleuâtre, dont la couleur ne change pas par l'ébullition.

M. Gay-Lussac a recommandé le premier, en 1813 (*Annales de Chimie*, t. 85, p. 206), le sulfate rouge de manganèse comme le meilleur réactif que l'on puisse employer pour reconnaître quand un corps est susceptible de s'oxider. Ce sel, que les uns regardent comme un sulfate de sesquioxide de manganèse (sulfate manganique) d'autres comme un sulfate de bioxide, et quelques uns comme un sulfate de protoxide mêlé d'acide hypermanganique (M. Pearsal), s'obtient, comme on sait, en faisant digérer du peroxide de manganèse réduit en poudre impalpable dans de l'acide sulfurique concentré pendant plusieurs jours; il en résulte une liqueur d'un beau rouge, très-acide, qui est le sel en question. Tous les corps combustibles avides d'oxigène, les matières organiques, les acides peu oxigénés, tels que les acides sulfureux, phosphoreux, hyponitrique, etc., lui font perdre sa belle couleur en le ramenant à l'état de sel de protoxide. On pourrait donc l'employer pour rechercher la présence de l'acide sulfureux hydrochlorique du commerce, puisque quelques gouttes de cette liqueur rouge versées dans celui-ci sont décolorées subitement, pour peu qu'il y ait des traces du premier de ces acides. Mais l'emploi de ce réactif dans ce cas n'offre pas tous les avantages qu'au premier abord il semblerait présenter. D'abord ce sel, comme tous les sels rouges de manganèse, n'est pas très-stable: il se décolore à la longue au contact de l'air, et subitement par l'addition de l'eau; mais en outre il a l'inconvénient d'être détruit par l'acide nitreux comme par l'acide sulfureux, d'où il suit qu'un acide hydrochlorique contenant de l'acide nitreux, ce qui arrive assez souvent, comme nous l'avons déjà dit précédemment, agirait sur ce réactif comme s'il renfermait de l'acide sulfureux, ce qui entraînerait dans des méprises les personnes peu au fait des manipulations chimiques.

Consulté à chaque instant par les industriels de notre ville sur la pureté des acides hydrochloriques des fabriques, en consommant nous-même une grande quantité pour la fabrication des eaux minérales gazeuses que nous avons établie en grand un des premiers à Rouen, nous avons dû chercher un procédé simple, prompt et infaillible pour découvrir les plus petites traces d'acide sulfureux dans ces acides. Celui que nous allons indiquer réunit toutes les conditions pour devenir usuel dans les mains des personnes les moins habiles; il parle aux yeux, et il est de l'exécution la plus facile. Depuis deux ans nous l'enseignons dans nos cours, et il n'a jamais trahi nos espérances.

Ce procédé est fondé sur l'action qu'exerce le protochlorure d'étain (sel d'étain du commerce) sur l'acide sulfureux. Pelletier père nous a appris, il y a fort longtemps (*Annal. de chimie*, t. 12, p. 231. — 1792), que, mis en contact avec ce dernier, il le désoxigène, et donne lieu à un précipité d'un beau jaune consistant en soufre et en peroxide d'étain.

Voici comment on opère:

On met dans un verre une demi-once (16 grammes) environ de l'acide hydrochlorique dont on veut faire l'essai, on y ajoute 2 à 3 gros (8 à 12 grammes) de sel d'étain bien blanc et non altéré par l'air; on remue avec un tube, et on verse sur le tout deux ou trois fois autant d'eau distillée en agitant.

Lorsque l'acide hydrochlorique ne contient pas d'acide sulfureux, il ne se présente pas de phénomène remarquable après l'addition du sel et de l'eau; le premier se dissout et la liqueur devient seulement trouble, par suite de l'action de l'air sur le sel.

Mais pour peu que cet acide renferme d'acide sulfureux, on voit, immédiatement après l'addition du sel d'étain, l'acide se troubler, devenir jaune, et dès qu'on a ajouté l'eau distillée, on sent très-manifestement l'odeur de l'hydrogène sulfuré, et la liqueur prend une teinte brune en déposant une poudre de même couleur. Ces phénomènes sont tellement apparens qu'on ne peut

hésiter un instant sur la présence ou l'absence de l'acide sulfureux.

Quelquefois la couleur brune ne se développe qu'au bout de quelques minutes ; elle est d'autant plus foncée que la proportion d'acide sulfureux est plus forte. Le dégagement d'hydrogène sulfuré n'a lieu qu'au moment où on étend l'acide d'eau. En laissant reposer la liqueur colorée, il se dépose une poudre d'eau d'un jaune brun ; c'est un mélange de sulfure d'étain et de peroxide d'étain, comme nous nous en sommes assuré.

Il est facile d'expliquer cette réaction curieuse. Une portion du sel d'étain se transforme en perchlorure aux dépens de la seconde portion de ce composé, tandis que l'étain, devenu libre, réagit sur l'acide sulfureux de manière à produire tout à la fois du peroxide et du protosulfure d'étain. Quant à la petite quantité d'hydrogène sulfuré qui prend naissance aussitôt après l'addition de l'eau, elle provient de la dissolution d'un peu de sulfure d'étain formé dans l'acide hydrochlorique qui est en présence.

Il est essentiel, pour obtenir les phénomènes que nous avons indiqués, de mettre le sel d'étain en contact avec l'acide hydrochlorique avant d'y ajouter l'eau ; car si l'on commençait par étendre l'acide, l'addition du sel ne produirait aucune coloration.

Le procédé analytique dont nous venons de parler se recommande, comme on voit, par la simplicité et la promptitude de son exécution ; en une minute on peut être fixé sur la pureté d'un acide hydrochlorique sans embarras comme sans dépenses. Il est d'une telle fidélité qu'un centième d'acide sulfureux ne peut échapper à l'observation, ainsi que nous nous en sommes assuré à différentes reprises. Tous ces avantages doivent en faire adopter l'emploi aussi bien dans les laboratoires que dans les ateliers. Déjà nos élèves en ont répandu l'usage dans la plupart des fabriques de Rouen.

J'ai appris depuis que plusieurs fabricans qui obtiennent des acides hydrochloriques chargés d'acide sulfureux se débarrassent de celui-ci en faisant passer dans ces acides une certaine quantité de chlore, qui le transforme en acide sulfurique par suite de la décomposition de l'eau ; l'acide sulfurique ayant moins d'inconvénient que l'acide sulfureux, ils préfèrent que leur acide muriatique contienne le premier plutôt que le second qui empêche la vente. C'est par suite de ce tour de main que certains acides muriatiques du commerce renferment tant d'acide sulfurique. Cela est à-peu-près indifférent pour certaines applications de l'acide muriatique, celle par exemple de la production du gaz carbonique pour les fabriques d'eaux minérales ; mais pour d'autres, comme par exemple la fabrication du sel d'étain, il y a des inconvéniens, attendu qu'on forme beaucoup de sulfate d'étain qui est perdu pour le fabricant.

—

NOTE

Sur l'identité de la grenadine et de la mannite ; par MM. Boutron-Charlard et Guillemette.

En 1824, M. Mitouart, pharmacien de Paris, fit l'examen chimique de l'écorce de racine de grenadier, qui depuis quelque temps était employée en France contre le tænia. Il la trouva formée de tannin, d'une matière analogue à la cire, d'une matière sucrée ayant tous les caractères de la mannite et d'une assez grande proportion d'acide gallique. Depuis, M. Latour de Trie crut devoir entreprendre une nouvelle analyse de cette substance, et en faire le sujet d'une thèse qu'il présenta à l'École de pharmacie en 1831.

Au nombre des principes que M. Latour reconnut dans l'écorce de grenadier, il en est un qui parut mériter toute son attention, et qu'il étudia avec un soin particulier, c'est la *grenadine*. Cette substance, qu'il regarda comme jouissant de propriétés spéciales, puisqu'il pensa devoir lui donner un nom nouveau, et qu'il proposa de la ranger immédiatement à côté de l'orcine, pour en former un genre à part, ne tarda pas cependant à être envisagée comme de la mannite par tous ceux qui furent à portée de la voir ou d'en préparer.

Ce rapprochement paraît ne pas avoir échappé à M. Latour lui-même, du moins si l'on en juge par les essais multipliés qu'il tenta avec la grenadine dans le but de trouver quelques différences entre elle et la mannite, différences que nos expériences d'aujourd'hui nous portent à regarder comme nulles, mais qui, eussent-elles existé réellement, n'auraient peut-être pas encore motivé la dénomination nouvelle que M. Latour a cherché à faire prévaloir. Depuis ce moment, bien que rien n'ait été publié sur ce sujet, nous pensions que l'opinion était à peu près fixée à cet égard, lorsqu'en parcourant dernièrement la nouvelle édition du Formulaire de M. Magendie, nous vîmes que ce savant médecin avait consacré plusieurs pages de son recueil à décrire les propriétés physiques et chimiques de la grenadine et les moyens de l'obtenir, et qu'il engageait les médecins à l'essayer comme vermifuge. Nous pensâmes alors que quelques expériences, dans le but de constater, sinon l'efficacité de la grenadine contre le tænia, au moins l'analogie qu'il pourrait y avoir entre elle et la mannite, ne seraient pas sans intérêt. Nous préparâmes donc de la grenadine par un procédé très-simple ; il consiste à faire un extrait aqueux d'écorce de racine de grenadier, à le traiter, quand il est en consistance sirupeuse, par de l'alcool très-rectifié (38° ou 40°) bouillant, à filtrer et à laisser cristalliser. La grenadine que l'on obtient est impure, mais séparée du liquide coloré qui la souille, et purifiée à deux reprises différentes à l'aide de nouvel alcool, elle devient d'une blancheur parfaite. Celle que nous avons obtenu étant destinée à des essais, fut redissoute cinq à six fois, afin de l'avoir encore plus pure, s'il était possible.

D'un autre côté nous préparâmes de la mannite avec le même soin, et après avoir placé ces deux substances dans des circonstances exactement semblables, nous obtînmes les résultats suivans :

Elles cristallisent toutes deux, soit sous la forme de choux-fleurs, soit sous forme de petites houppes radiées, soyeuses, selon la pureté des matières et le degré de l'alcool employé pour les dissoudre. Si l'alcool est faible, elles ne cristallisent pas et restent après l'évaporation presque totale de ce menstrue sous forme d'un liquide sirupeux; mais si l'on reprend ce liquide par de l'alcool à 40° chaud, la cristallisation s'opère immédiatement. Ce phénomène tient à ce que ces deux matières sont solubles dans l'eau en toutes proportions. La grenadine et la mannite sont pour ainsi dire insolubles dans l'alcool à 40 degrés, froid; 72 parties de ce liquide bouillant en dissolvent environ une partie. Le sous-acétate de plomb ne les précipite ni l'une ni l'autre de leur dissolution quand on fait usage de matières bien pures et que l'on s'assure que l'eau distillée ne contient pas d'acide carbonique. L'acide nitrique les dissout à froid sans les colorer et les convertit par la chaleur en acide oxalique. L'acide acétique les dissout sans les altérer, et elles cristallisent après l'évaporation de l'acide. Mises sur des charbons ardens elles brûlent en répandant une odeur de pain brûlé; chauffées dans un tube de verre elles se fondent, le liquide qui en résulte est jaunâtre, transparent, et donne lieu à une cristallisation confuse; si l'on continue de chauffer elles répandent une fumée blanche et laissent pour résidu un peu de charbon. Le boursouflement entraîne quelquefois une petite quantité des matières qui viennent se fixer sur les parois des tubes; mais ce phénomène ne peut être attribué à une sublimation proprement dite, ainsi que l'avait pensé M. Latour. Si pendant cette combustion on introduit dans chaque tube un papier de tournesol rougi et légèrement humecté, ce papier n'est pas ramené au bleu, résultat que du reste vient confirmer l'analyse de M. Couerbe qui, dans la grenadine, contrairement à l'idée de M. Latour, n'a pas trouvé d'azote. Enfin, ni la mannite ni la grenadine ne peuvent éprouver la fermentation alcoolique, et il nous a été très-facile de retirer de la grenadine des infusés d'écorce de racine de grenadier qui avaient fermenté, sans qu'elle ait subi la moindre altération. Ces essais comparatifs ont offert des résultats tellement analogues dans tous les cas, qu'il nous aurait été impossible de distinguer la mannite de la grenadine, si nous n'avions pris le soin d'étiqueter les verres et les tubes qui servaient à nos expériences.

Si maintenant on examine aussi comparativement l'analyse élémentaire de la grenadine et les diverses analyses de la mannite, on demeurera convaincu, qu'à l'exception de l'azote qui n'y existe réellement pas, il y a entre elles beaucoup de rapprochement :

	Analyse de la grenadine.		*Analyse de la mannite.*		
	Latour et Guiart.	Théod. de Sauss.	Prout.	Lieb.	Henry et Pliss.
Carbone. . .	38,16	38.53	38,7	39,43	38,77
Hydrogène. .	6,86	7,87	6,8	7,71	8,48
Oxigène. . .	53,85	53,60	54,5	52,86	52,75
Azote. . . .	1,13	»	»	»	»
	100,00	100,00	100,0	100,00	100,00

De ces expériences nous sommes donc portés à conclure : que la grenadine et la mannite sont deux matières exactement identiques, et que c'est à tort que M. Latour a donné à la mannite de l'écorce de racine de grenadier le nom de *grenadine*.

A.-F. B.

RECHERCHES

Sur la matière cristalline du mélilot; par A. Guillemette, pharmacien.

Le mélilot, *melilotus officinalis*, appartient à la diadelphie, dicotylédones, polypétales, périgynes, famille des légumineuses. Ses tiges s'élèvent d'un à deux pieds, ses feuilles sont alternes, pétiolées, dentées en scie, les supérieures portent dans leurs aisselles de longues grappes de fleurs jaunes. Son odeur est forte, aromatique, et rappelle celle de la fève de tonka.

En 1820, M. Vogel publia dans le *Journal de Pharmacie*, (Tome VI, page 305) une note relative à l'existence de l'acide benzoïque dans la fève de tonka (1). Naturellement conduit par l'analogie qui existe entre cette semence et la fleur du mélilot, il crut devoir faire comparativement l'analyse de cette dernière, et il assura y avoir rencontré le même acide. Vers la même époque, M. Guibourt avait reconnu que la matière cristalline de la fève de tonka n'était pas de l'acide benzoïque, mais bien un principe immédiat particulier pour lequel il proposa plus tard le nom de *coumarine*. Les choses en étaient là lorsqu'en 1825, MM. Boutron et Boullay furent chargés par la société de pharmacie de rendre compte d'un mémoire sur la fève de tonka, présenté par M. Derheims, pharmacien à St-Omer. Ces deux chimistes publièrent alors l'analyse de la fève du *coumarouna odorata*, et leurs expériences vinrent confirmer celles de M. Guibourt. Aucun essai ne fut fait pour vérifier si la matière cristalline obtenue du mélilot par M. Vogel était bien de l'acide benzoïque, ou si, comme pouvaient le faire croire les rapprochemens d'odeur et de famille qui existent entre le mélilot et la fève, cette matière était la coumarine. Dernièrement MM. Chevallier et Thubœuf ont annoncé (*Journ. de*

(1) La fève de tonka est produite par le *coumarouna odorata* d'Aublet, il appartient à la diadelphie, décandrie, famille des légumineuses.

chim. médic., tome X, page 350), l'existence dans l'eau distillée de mélilot d'une substance nouvelle, cristallisable, et verdissant le papier de mauves. Il m'a paru difficile de croire à l'existence simultanée d'un acide et d'une matière alcaline dans le mélilot. C'est dans le but d'éclaircir cette différence de résultat que j'ai fait les expériences dont j'ai l'honneur de faire part à la société de Pharmacie.

1,000 grammes de sommités fleuries de mélilot, réduites en poudre grossière, ont été introduits dans un appareil de déplacement. De l'alcool à 35° a été versé dessus en quantité suffisante pour que la poudre en soit recouverte d'environ un pouce. Après une macération d'environ six heures, on a laissé couler le liquide qui était d'une couleur vert-jaunâtre Les ablutions et macérations ont été répétées jusqu'à ce que la liqueur sortît presque sans couleur.

Les diverses teintures réunies rougissaient faiblement le papier de tournesol : la réaction avait lieu seulement au bout de quelque temps. Distillées au bain-marie jusqu'à réduction à 500 grammes environ, elles ont donné un produit légèrement aromatique et n'exerçant aucune action sur le tournesol. Le résidu, versé dans une capsule de porcelaine, et abandonné au repos pendant 24 heures, s'est recouvert d'une couche assez épaisse de matière grasse, demi-solide et qui a été enlevée avec soin. La liqueur inférieure, fortement chargée de l'arôme du mélilot, exerçait instantanément sur le papier de tournesol une réaction acide très-prononcée. Évaporée au bain-marie jusqu'en consistance de sirop peu cuit, et abandonnée de nouveau au repos pendant 48 heures, il s'y est formé une quantité de petites aiguilles cristallines partant d'un centre commun, telle que la masse en a été presque solidifiée. On a jeté le tout sur un linge pour séparer le liquide des cristaux ; ceux-ci ont été lavés à l'eau froide pour leur enlever le plus possible de la matière colorante qui les salissait. Cette opération, qui s'effectue presque sans perte, abrège et facilite beaucoup la purification des cristaux. Les eaux mères que la concentration rendit de plus en plus acides, acidité due probablement à l'acide malique, ont donné lieu à une nouvelle cristallisation dont le produit, recueilli de la même manière, a été joint au précédent. Dissous dans l'eau bouillante, ils ont donné par le refroidissement de ce véhicule, des cristaux légèrement colorés qui, redissous dans une nouvelle quantité du même menstrue, et traités par le charbon animal, furent alors obtenus blancs, et d'une grande pureté.

Matière cristalline.

Elle se présente, suivant la concentration du liquide au milieu duquel elle se forme, en petits cristaux blancs, soyeux, aiguillés, ou bien en prismes courts terminés par des biseaux. Sa saveur, très-piquante d'abord, ne tarde pas à devenir agréable. Son odeur aromatique rappelle parfaitement celle du mélilot. Sa pesanteur spécifique est plus grande que celle de l'eau. A l'air libre, elle se liquéfie aussitôt qu'on la soumet à l'action de la chaleur ; le liquide qui en résulte est transparent, se trouble par le refroidissement, et donne lieu à une cristallisation confuse. Si l'on continue de chauffer, elle se dissipe sous forme de vapeurs blanches dont l'odeur rappelle un peu celle des amandes amères. Une petite quantité est décomposée et donne un peu d'huile empyreumatique et de charbon. En vase clos elle se sublime avec la plus grande facilité, et cristallise en aiguilles très-déliées qui se fixent aux parois de la cornue. Elle n'est pas sensiblement soluble dans l'eau froide. L'eau bouillante la dissout avec facilité et la laisse cristalliser par le refroidissement.

Lorsqu'on en ajoute à l'eau plus qu'elle n'en peut dissoudre, l'excès entre en fusion, et forme, comme plusieurs autres principes immédiats, une couche d'apparence huileuse au fond du vase. Par le refroidissement, les cristaux qui ont été ainsi fondus acquièrent une assez grande dureté. Introduite dans une cornue, et distillée avec de l'eau, elle donne un produit en tout semblable à de l'eau de mélilot. L'alcool et l'éther la dissolvent à la température ordinaire. On pourrait l'obtenir facilement par l'évaporation spontanée de ces deux menstrues. J'ai donné la préférence à l'eau, parce que ce véhicule, en éliminant la matière grasse et une partie de la matière colorante, donne plus promptement ce produit à l'état de pureté. Ses dissolutions sont sans action sur le papier bleu de tournesol, et ne ramènent pas au bleu le même papier préalablement rougi.

Le sous-acétate de plomb y détermine un précipité blanc très-abondant. L'ammoniaque liquide ne la dissout pas à froid. Il en est de même de la solution de potasse caustique.

A la température ordinaire, les acides sulfurique et nitrique concentrés en dissolvent une très-grande quantité sans lui faire subir d'altération. Ces dissolutions sont précipitées par l'eau, la propriété dissolvante de ces acides diminuant avec leur concentration. L'acide nitrique, aidé de l'action de la chaleur, paraît l'altérer légèrement. Car bien qu'après l'évaporation de cet acide, elle ait conservé son odeur et sa forme cristalline, elle a été légèrement colorée en jaune. Pendant cette réaction, il ne s'est point formé d'acide oxalique.

Les acides phosphorique, tartrique, acétique, etc., en dissolvent plus ou moins. Les mêmes acides étendus d'une très-grande quantité d'eau, la dissolvent à chaud. Il en résulte des cristallisations qui diffèrent les unes des autres selon la quantité d'acide et de matière employée. Dans aucun cas, il n'y a combinaison.

En rapprochant les propriétés de cette substance de celles reconnues par MM. Guibourt, Boutron et Boullay, à la matière cristalline de la fève de tonka, il est facile de reconnaître que ces deux substances sont parfaitement identiques (1). Ces chimistes, en annonçant

(1) A la même époque où M. Guillemette a présenté sa note, M. Cadet-Gassicourt a publié dans le *Bulletin de Thérapeuti*

que ce principe immédiat est peu soluble dans l'eau, ont probablement fait leurs essais à la température ordinaire. Car j'ai trouvé que ce dissolvant, à son point d'ébullition, peut en dissoudre une quantité assez notable. Pour éclaircir ce fait, M. Boutron a bien voulu mettre à ma disposition une certaine quantité de coumarine provenant de ses expériences ; je l'ai employée à des essais comparatifs qui ne m'ont plus laissé aucun doute sur l'identité de ces deux substances.

Pour compléter l'histoire de la coumarine, et donner plus de valeur à mes expériences, il ne me restait plus qu'à faire l'analyse élémentaire de cette substance extraite de la fève de tonka et du mélilot. J'ai prié M. Henry, qui a présenté diverses recherches pour perfectionner l'analyse organique, de vouloir bien en déterminer la composition.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

0gr., 250 de coumarine fondue ont donné :

1° Acide carbon. à 0 R. 0,76 et sec.	0,l.351	= d'où moyen.
2° Acide carbonique *idem* (en vol.)	0,l.347	0,l.349
	gram.	
1° Eau formée.	0,091	= d'où moyen.
2° Eau formée.	0,089	0, gram. 09

ce qui conduit à trouver pour 100 de coumarine du mélilot :

	Expérience.	Théorie.	En atomes.
Carbone.	76,40	76,49	10 atomes.
Hydrogène.	3,99	3,73	6 atomes.
Oxigène.	19,71	19,88	2 atomes.

il n'y eut qu'une bulle d'azote inappréciable et accidentelle.

La coumarine de la fève tonka avait la même composition.

Pendant le cours de mes recherches, n'ayant remarqué aucune réaction alcaline, je crus devoir répéter les expériences de MM. Chevallier et Thubeuf. 500 grammes d'eau distillée de mélilot, évaporés au bain-marie jusqu'à réduction à 12 grammes, n'ont donné lieu à aucun dépôt cristallin. La différence de résultat obtenu vient sans doute de ce que l'eau distillée que j'ai employée n'avait point été cohobée. Je crois toutefois que l'alcalinité remarquée par ces chimistes provient de quelques causes étrangères.

Des faits ci-dessus, je crois pouvoir conclure :

Que la matière cristalline du mélilot n'est pas de l'acide benzoïque, comme l'a annoncé M. Vogel, mais bien un principe immédiat neutre, jouissant de toutes les propriétés de la coumarine, et qui, par conséquent, devra prendre ce nom ; que l'eau distillée de mélilot lui doit son odeur et ses propriétés, et que ce principe doit se retrouver dans l'eau qui en est fortement chargée.

---

que, la présence d'une matière cristallisée dans l'eau distillée de mélilot ; il lui a donné le nom de *mélilotine ;* mais d'après ses caractères, il est évident que cette substance est la même que la *coumarine*. (*Note du Rédacteur.*)

Asparagine dans l'extrait de belladone, par M. H. Biltz, *pharmacien à Erfurt.* (Annalen der Pharmacie, *octobre* 1834, *page* 54.)

Il y a quelques années M. T. Schmidt de Berlin, élève de M. Biltz, remarqua, dans de l'extrait de belladone préparé d'après l'ancienne pharmacopée prussienne, une quantité assez considérable de cristaux : leur forme insolite l'engagea à faire aussitôt part de sa découverte à M. Biltz. L'extrait était préparé depuis un an environ ; il était très-consistant et parfaitement bien conservé. Il n'y avait pas de cristaux à sa surface : ceux-ci se trouvaient dans son intérieur, ils furent séparés de l'extrait, lavés avec de l'eau et séchés ; puis on acheva de les purifier en les faisant, à deux reprises différentes, dissoudre dans l'eau chaude et cristalliser. Ils étaient alors entièrement purs, incolores, à éclat vitreux très-prononcé. Leur forme, dont il sera question plus bas, était bien déterminée.

Les propriétés que leur assigne M. Biltz sont les suivantes. Ils sont inaltérables à l'air ; chauffés sur une lame de platine, ils deviennent d'un blanc laiteux, puis ils brunissent peu à peu, fondent ensuite à leur partie supérieure, répandent une odeur ammoniacale, et se réduisent en un charbon lisse qui disparaît à une température plus élevée, sans laisser de résidu. Exposés à l'action de la chaleur dans un petit tube de verre, ils donnent lieu à un dégagement d'ammoniaque encore plus prononcé. Il se dépose un liquide incolore sur les parois de verre ; puis on voit apparaître une huile brune, et il reste un charbon lisse, d'un noir brillant. Cent parties d'eau froide en dissolvent près de dix parties ; tandis que deux cents parties d'eau bouillante peuvent en dissoudre jusqu'à quarante-cinq. Par le refroidissement, cette dernière solution laisse déposer beaucoup de cristaux.

La solution aqueuse n'a pas de saveur particulière ; elle est moindre, elle rougit le papier de tournesol, et rétablit la couleur du papier de curcuma, rougie par les alcalis. Une solution saturée des cristaux dans de l'eau de chaux est alcaline, et il s'en dépose par l'évaporation des cristaux, qui, lavés et dissous dans l'eau distillée, rougissent de nouveau le tournesol, mais renferment un peu de chaux ; si on broie à froid la substance en question avec une solution de potasse caustique, il y a développement d'odeur ammoniacale avec production de petites bulles de gaz, et une partie de la substance se dissout ; à chaud tout se dissout en donnant lieu à un plus fort dégagement d'ammoniaque.

L'alcool de 60° R. en dissout à froid 1/500 ; bouillant, il peut en dissoudre 1/40. 1/1000 seulement, elle est soluble à froid dans l'alcool de 80° R. ; ce dernier bouillant en dissout 1/250. Insoluble à froid dans de l'alcool de 98° R., elle ne s'y dissout qu'en très-faible proportion. L'éther sulfurique n'a pas d'action sur elle.

L'acide sulfurique concentré, fumant ou non, la dissout très-lentement et avec calme, et donne lieu à un liquide incolore; la dissolution est plus prompte avec l'acide sulfurique étendu. L'acide nitrique fumant la dissout également avec lenteur et sans changement de couleur; la dissolution est aussi plus prompte avec le même acide étendu. Elle donne, par l'évaporation, une masse jaunâtre, visqueuse, soluble dans l'eau, où il se forme des cristaux; elle est aussi soluble dans l'acide hydrochlorique, et elle se dépose de la solution par l'évaporation et le refroidissement. Il a semblé à M. Biltz que, dans tous ces cas, elle ne subit aucune altération.

Sa solution aqueuse fonce légèrement la couleur de l'hydrochlorate de tritoxide de fer; elle réduit peu à peu la solution d'or. Lorsqu'on la fait bouillir avec de la litharge, celle-ci devient blanche. La liqueur filtrée est claire comme de l'eau; mais elle se couvre par l'évaporation d'une pellicule d'un blanc de lait, qui se redissout dans beaucoup d'eau et qui contient du plomb.

Tous les autres réactifs ordinaires ne produisent pas d'effet sensible dans la solution aqueuse des cristaux.

M. Biltz se croit en droit de conclure de tout ce qui précède, que ces cristaux ne peuvent être que de l'asparagine; ainsi cette substance, déjà trouvée dans plusieurs autres familles des plantes, existerait encore dans deux végétaux appartenant à celle des solanées, la pomme-de-terre et la belladone. Sa présence dans cette dernière serait d'autant plus remarquable, que jusqu'ici elle n'avait été offerte que par des végétaux renfermant des principes adoucissans ou alimentaires. Toutefois, comme l'asparagine de la belladone paraît différer, par la manière dont elle se comporte avec les acides, de l'asparagine retirée de l'asperge, des racines de guimauve, de réglisse, de grande consoude et de la pomme-de-terre, nous pensons que de nouvelles recherches sont nécessaires pour constater l'identité de ces deux substances, et savoir s'il faut ou non établir plusieurs espèces d'*asparagine*, comme on l'a fait pour le sucre, la gomme, etc.

Quant à l'acidité de la solution aqueuse démontrée par les papiers réactifs, M. Biltz a observé que l'asparagine devient de plus en plus acide à mesure qu'on la fait dissoudre plus souvent dans l'eau (1). Les derniers cristaux lui ont aussi semblé avoir une forme un peu différente : il pense que l'on n'a peut-être pas suffisamment examiné la nature de cette substance.

La forme des cristaux de l'asparagine de la belladone, examinée par M. le professeur Berubardi, ne lui a offert que peu de différence avec la forme cristalline de l'asparagine de l'asperge; ce sont des prismes quadrilatères à base rhombe fréquemment tabulaires.

Nous avons à regretter que l'analyse élémentaire de cette substance n'ait pas été faite. A. G. V.

(1) Nous devons faire remarquer à cette occasion que Plisson et M. O. Henry avaient déjà observé l'acidité de la solution de l'asparagine, et qu'elle vient d'être aussi constatée tout récemment par M. Régimbeau de Montpellier.

(*Note du Traducteur.*)

Sur l'extraction de platine en Russie; par P. Sobolewskoy, *ingénieur en chef des mines.* (Annalen der Physik und Chemie, vol. XXXIII, page 99) (1).

La découverte du platine dans l'empire russe forme une époque remarquable dans l'histoire de ce métal; ce fut en 1822 qu'on le trouva dans les lavages de l'or de l'Oural; mais la découverte de mines de platine, proprement dites, ne date que de 1824, ainsi que le commencement de l'exploitation. Depuis cette époque le produit s'est élevé d'année en année, et on l'évalue aujourd'hui à 110 pouds (2) et plus par an. Depuis le milieu de l'année 1824 jusqu'au 1er janvier 1834, on a obtenu près de 476 pouds de platine pur, dont 400 ont été monnayés, et dont 16 environ ont été employés à la fabrication de vases destinés à séparer l'or de l'argent, et d'autres ouvrages. Il n'y a pas d'exemple que l'on ait travaillé en d'autres lieux d'aussi grandes masses de platine, et cependant la richesse des mines de l'Oural permettrait un produit beaucoup plus considérable, puisqu'aucune d'elles n'est encore épuisée; mais l'intérêt particulier des propriétaires exige qu'ils se contentent du produit actuel, pour ne pas enlever un plus grand nombre d'ouvriers aux autres travaux métallurgiques de la Sibérie.

Le platine de l'Oural n'a été jusqu'à ce jour trouvé qu'épars dans le sable. Le gisement le plus riche est dans l'enceinte des mines do Tagil, appartenant aux héritiers de Nikolaï Nikitisch Demidow; il se trouve à une légère profondeur, sous une couche de terre mêlée avec un sable verdâtre argileux, qui doit évidemment son aspect au mélange d'hornblendes, de grünsteins et de serpentines, situés dans le voisinage et tombés en poussière. Ce sable contient de 1/4000 à 3/4000 de platine brut : celui-ci se présente tantôt en grains fins, tantôt en paillettes; mais il n'est pas rare de trouver des fragmens remarquables par leur grosseur. En juin 1827, on en a rencontré un qui pesait 10 livres 54 solotniks : en mars 1831 il en a été trouvé un autre du poids de 19 livres 522/2 solotniks. Depuis on a trouvé

(2) Un vif intérêt s'attache toujours à l'étude du platine, et son extraction n'est pas une des parties les moins curieuses de l'histoire de ce précieux métal, qui peut-être, lorsqu'un plus grand nombre de mines aura été découvert, jouera un rôle plus important que celui qui lui a été dévolu jusqu'à ce jour. Aussi n'avons-nous pas cru devoir passer sous silence la notice de M. Sobolewskoy, bien que sortant un peu du domaine de la pharmacie. (*Note du Traducteur.*)

(1) Le poud équivaud à 16 kilog., 372. La livre de Russie = 0 kilog., 4093 et le solotnik = 0 kilog., 0042.

encore un fragment de 20 livres 24 solotniks, un autre de 19 livres 24 solotniks, et enfin deux autres de plus de 13 livres.

Le platine brut de l'Oural ressemble beaucoup, par sa composition, à celui d'Amérique : on en compte aussi trois sortes différentes, qui se distinguent l'une de l'autre par la quantité de platine qu'elles contiennent; on y trouve les compagnons habituels de ce métal, savoir : le palladium, l'iridium, l'osmium et le rhodium. Les proportions de ces métaux ont été déterminées par les recherches exactes de M. Berzélius. Les trois sortes de mines de platine de l'Oural, qu'il serait trop long de décrire, sont désignées sous les noms : 1°. de platine brut de Goro-Blagodat; 2° de platine brut de Tagil; 3° d'osmium-iridium; cette dernière est la moins riche en platine.

Parmi les nombreux moyens proposés pour amener le platine à l'état malléable, on se servit long-temps exclusivement du procédé indiqué par le joaillier français Jeannetty : il est basé, comme chacun sait, sur la fusibilité du platine allié avec l'arsenic. Abandonné tout-à-fait dans la suite, tant à cause de l'impossibilité de son emploi en grand qu'à cause du danger auquel il exposait les travailleurs, il fut remplacé par ceux de MM. H. Bréant, à Paris, et Wollaston, à Londres. Ces deux chimistes s'occupèrent chacun de leur côté, et avec grand succès pendant plusieurs années, de travailler le platine; mais ils tinrent leurs procédés secrets, ce ne fut qu'en 1828, peu de temps avant sa mort, que Wollaston fit connaître le sien. Il présente quelques différences avec celui suivi dans le laboratoire des mines de Saint-Pétersbourg, où se fait l'extraction du platine. On n'avait jusqu'à ce jour, sur le procédé russe, que des données inexactes et confuses, extraites de relations et voyages, et c'est dans le but de les rectifier que M. Sobolewskoy, dans sa notice, donne l'exposition raisonnée d'un travail qu'il dirige depuis le commencement de l'exploitation sur la plus grande échelle.

Tout le travail se partage en deux opérations distinctes : la première a pour but de séparer le platine brut des substances étrangères; la seconde, de rendre malléable le platine déjà purifié. Pour obtenir le platine pur on dissout le platine brut, à l'aide de la chaleur, dans de l'eau régale; celle-ci est composée de trois parties d'acide hydrochlorique, et d'une partie d'acide nitrique; l'expérience a appris que les degrés les plus avantageux sont 40° B, pour l'acide nitrique, et 25 pour l'acide hydrochlorique. La dissolution se fait dans des capsules de porcelaine ouvertes, de la capacité de 25 à 35 livres; ces capsules, remplies d'une quantité suffisante d'acide et de platine, sont placées sur un bain de sable qui peut en recevoir 30. Ce bain de salle se trouve sous un manteau de cheminée, fermé de tous côtés par des fenêtres en verre mobile. Ce manteau est muni d'ouvertures d'extraction; il résulte de cette disposition que, pendant toute la durée de la dissolution, l'acide nitreux et les autres gaz acides sont portés dans l'atmosphère sans se répandre du tout dans le laboratoire. Les fenêtres en verre mobiles permettent d'observer toute l'opération dans les capsules sans que la respiration en soit affectée.

Ce travail dure huit à dix heures, ou jusqu'à ce que le dégagement des vapeurs rouges cesse; en effet, il n'y a plus dès lors production de chlore, attendu que tout l'acide nitrique est détruit. Dans cet état, les dissolutions contiennent encore un grand excès d'acide hydrochlorique; mais cet excès est indispensable pour retenir en dissolution la majeure partie de l'iridium, et quelques autres combinaisons de chlore, lorsque plus tard on précipite par le sel ammoniac.

Après que la dissolution est opérée, on verse la liqueur par décantation dans de grands vases en verre, et on la précipite par le sel ammoniac; on laisse les précipités obtenus se déposer convenablement; ils sont ensuite lavés à plusieurs reprises par de l'eau froide et par décantation, puis ils sont séchés et chauffés au rouge dans des capsules de platine; de cette manière on obtient le platine à l'état spongieux. Le degré de sa pureté dépend principalement de deux circonstances : Il faut, 1° que la dissolution contienne toujours un excès suffisant d'acide, pour retenir dans la liqueur l'iridium dissous avec le platine; et 2° que les précipités d'hydrochlorate ammoniacé de platine soient lavés avec soin par une grande quantité d'eau. Cette dernière précaution augmente, il est vrai, beaucoup la proportion des eaux de lavage, et l'évaporation de celle-ci est la partie la plus longue de tout le travail; mais aussi la combinaison de platine et d'ammoniaque s'obtient, par ce moyen, exempte de tout mélange de chlorures métalliques étrangers; si l'on n'avait pas le soin d'enlever ceux-ci par des lavages suffisans, leur présence nuirait lorsque plus tard il s'agirait d'amener le platine à l'état malléable.

Les eaux de lavage sont partagées en deux portions et travaillées à part : les premières sont versées dans des cornues en verre, et évaporées au bain de sable jusqu'à un douzième de leur volume primitif; la liqueur laisse alors déposer, par le refroidissement, une combinaison d'ammoniaque et d'iridium, en partie sous la forme d'une poudre rouge pourpre foncée presque noire, mais quelquefois sous celle d'octaèdres réguliers.

Les autres eaux de lavage sont évaporées jusqu'à siccité dans des capsules de porcelaine; le résidu obtenu est chauffé au rouge, puis traité par l'eau régale comme le platine brut. Le platine retiré des eaux de lavage est rarement assez pur, il faut ordinairement le faire dissoudre de nouveau; sans cette précaution il ne serait pas malléable. Lorsqu'on dissout une seconde fois cette éponge de platine, on obtient ordinairement un peu d'iridium à l'état de résidu insoluble.

Voici les différences qui distinguent ce procédé de celui de Wollaston : ce dernier chimiste propose pour dissoudre le platine brut, d'employer l'eau forte, et d'étendre l'acide hydrochlorique d'une égale quantité d'eau; par une digestion du platine brut prolongée pendant trois à quatre fois vingt-quatre heures, il évite

la dissolution de l'iridium. Il est possible, dit M. Sobolewskoy, qu'en petit ce moyen atteigne le but désiré; mais en grand, c'est en vain que les premières dissolutions contiendraient moins d'iridium, le restant de platine brut en renfermerait une plus grande proportion, et sa quantité irait toujours en croissant dans les dissolutions suivantes, car la solubilité de l'iridium est en raison directe de la quantité contenue dans le platine brut. De plus, l'expérience montre que la présence de l'iridium dans les dissolutions de platine ne nuit à la pureté de ce métal qu'autant qu'il n'y a pas dans la liqueur un excès d'acide suffisant, et que les précipités de la combinaison de platine et d'ammoniaque n'ont pas été suffisamment lavés. L'emploi d'acides faibles entraîne une grande dépense de temps. Les acides concentrés, au contraire, bien que dissolvant une partie de l'iridium avec le platine, offrent le moyen le plus simple et le plus convenable d'extraire ce dernier de sa mine. C'est en travaillant le platine pur par ce procédé, dans le laboratoire des mines de Saint-Pétersbourg, qu'on a obtenu en même temps plusieurs pouds d'iridium métallique, qui auraient exigé des frais et des peines extraordinaires si l'on avait voulu isoler une quantité pareille par les procédés connus.

La dissolution d'une partie de platine exige de dix à quinze parties d'eau régale de la composition indiquée. La proportion d'acide à employer dépend de la grosseur des grains de platine, comme aussi de leur texture. L'espèce de platine de Tagil, qui se présente en gros fragmens, exige pour sa dissolution beaucoup plus d'acide que l'espèce à grains fins de platine de même nom.

Le travail nécessaire pour forger le platine purifié s'exécute de la manière suivante dans le laboratoire des mines; l'éponge de platine, dans un état de pureté convenable, est réduite en poudre dans un mortier de laiton, à l'aide d'un pilon également de laiton, puis passée au travers d'un tamis fin; on remplit avec la poudre tamisée une forme cylindrique en fonte, d'une grandeur proportionnée à celle dont on veut obtenir le morceau de platine.

Au moyen d'une plaque d'acier et d'une forte presse à vis, on comprime fortement la poudre de platine dans ces formes, et lorsque après plusieurs tours de presse le platine paraît suffisamment comprimé, on le retire du moule et on obtient ordinairement un morceau de métal sous la forme d'un cylindre surbaissé bien qu'à cet état le platine semble avoir déjà une assez grande densité; les molécules n'ont entre elles qu'une faible cohésion que le choc d'un corps dur suffit pour détruire. Lorsqu'on a réuni une quantité suffisante de ces sortes de disques, on les chauffe au rouge dans un four à porcelaine; ce travail dure près d'un jour et demi lorsque le platine est bien purifié, et surtout lorsqu'il a été bien lavé, les disques soumis à la chaleur rouge, de la manière indiquée, sont déjà très-malléables et propres à tout usage.

Il est digne de remarque que l'on a beau comprimer avec beaucoup de force le platine non chauffé, son volume diminue considérablement pendant son exposition à la chaleur rouge. Un disque de platine qui, au sortir de la forme, a 4 pouces de diamètre et 3/4 de pouce de hauteur, perd environ, lorsqu'on le chauffe au rouge, 3/4 de pouce de diamètre et 1/4 de pouce de hauteur.

Le platine est ensuite forgé en barres, ou étendu en feuilles de la grandeur et de l'épaisseur voulues; lorsqu'il a été bien traité, cette dernière opération n'exige pas d'attention particulière.

Dans le laboratoire des mines, les travaux sont disposés de telle manière, que dans un jour on peut purifier un poud de platine brut, et forger en barres le platine pur qu'il a fourni.

On évalue les frais à 29 roubles environ par livre de platine forgé; mais ces frais diminuent de jour en jour.

A. G. V.

NOTE.

Relative aux observations publiées dans le dernier numéro du Journal de pharmacie; par M. Robiquet, à l'occasion de la méthode de déplacement.

Nous n'avons pas le projet de donner suite à la polémique engagée par notre savant confrère, à l'occasion de la méthode de déplacement; nous ne pouvons toutefois nous dispenser de quelques explications propres à justifier nos assertions.

Nous répéterons encore une fois ce que nous n'avons cessé d'exprimer, ce que nous avions répondu à M. Robiquet publiquement à la Société de Pharmacie, l'absence de toute prétention à la découverte d'aucun appareil nouveau pour appliquer notre méthode; et la gravure jointe à nos deux mémoires est sans aucune conséquence sous ce rapport. Un entonnoir, une allonge, une forme à sucre, la cafetière à la Dubelloy, par laquelle on extrait bien certainement du café tous les principes savoureux ou actifs qui flattent si agréablement ceux qui en font usage, tels sont les ustensiles que nous avons préconisés, sauf la forme plus ou moins conique ou cylindrique, plus ou moins alongée.

Mais nous continuerons de réclamer, à juste titre d'avoir établi l'inutilité, dans la plupart des opérations, de la colonne de pression appliquée à l'appareil de Réal difficulté qui avait fait généralement abandonner le filtrepresse. Nous insisterons sur l'application nouvelle, avec des idées nouvelles, du simple lavage, au moyen du déplacement, du plus grand nombre des substances médicamenteuses, qui sont toujours plus ou moins altérées par les macérations et les décoctions ou des évaporations prolongées. En étendant nos applications, on pourra, dorénavant, joindre la précision à l'économie, si rarement associées dans nos laboratoires à l'excellence des produits.

Enfin, nous insisterons sur la révolution inévitable que doit subir la pharmacologie, par l'application générale et raisonnée de la méthode de déplacement.

Oui, nous mettons une véritable importance au titre

que nous avons adopté, parce que la méthode de déplacement généralement usitée, donnera lieu à un véritable système, à un ensemble qui exigeait un nom générique; nous ne sommes pas assez vains, du reste, pour nous attacher à des mots, les faits nous ont servi de guides, et nous n'avons rien dit qu'avec la pensée de les développer et de nous faire mieux comprendre.

L'idée la plus simple est souvent féconde et produit des résultats importans; nous avons, de bonne foi, cette opinion sur notre travail, et nous ne nous serons pas sans doute livré à de vaines illusions en pensant que nous avons ouvert une vaste carrière dans laquelle chacun de nos confrères viendra multiplier et régulariser les faits.

En relisant nos mémoires avec une sérieuse attention, on verra que nous sommes loin d'avoir voulu nous attribuer le travail d'autrui, car nous avons eu soin de citer ce qui avait été fait avant nous. Il peut donc y avoir eu similitude dans les moyens, mais les conséquences que nous avons déduites ont été très-différentes. Relativement à ce qui se passe dans les laboratoires particuliers et surtout dans les fabriques des produits chimiques, nous en contestons la publicité. On sait que des procédés nouveaux ou d'excellentes méthodes y sont toujours plus ou moins exploitées avant d'être connues du public.

P.-F.-G. Boullay.

CORRESPONDANCE.

Lettre de M. Thierry.

Messieurs,

Lorsque j'ai fait insérer dans le *Journal de Pharmacie* les procédés que j'emploie pour obtenir la cantharidine, je ne songeais guère à tirer vanité de ma découverte. Je la trouvais assez simple, et M. Robiquet le rappela lui-même, pour m'étonner que personne ne l'eût faite avant moi. Je pensais seulement alors comme je pense encore aujourd'hui que les observations d'un homme qui travaille dans l'intérêt de la science, du moment où elles ont quelque importance, doivent se répandre au delà de son laboratoire, pour appeler des observations nouvelles destinées à leur tour à sortir du cercle où elles ont été conçues. Ainsi se forme de l'expérience de chacun l'expérience de tous, cette expérience commune qui se nomme la science, et je crois encore avoir assez fait, supposé que j'aie découvert des choses découvertes, en leur donnant de la publicité, et en les présentant à qui veut s'en servir. M. Robiquet dit que depuis quinze ans il emploie pour l'extraction de la cantharidine les moyens que je me suis permis d'indiquer; je ne le conteste en aucune manière, je pense seulement qu'il est malheureux que son procédé n'ait pas été publié depuis quinze ans. La science y eût gagné quelque chose, je n'aurais pas commis l'imprudence de m'approprier le bien d'autrui.

Toutefois puisque M. Robiquet invoque le témoignage de M. Berthemot, il est bon que l'on sache que ce témoignage est encore une propriété commune. M. Berthemot a été témoin des premiers essais que j'ai faits, il m'a dit qu'en traitant les cantharides par l'alcool bouillant pour extraire la cantharidine, il avait failli être victime de cette préparation, parce que le feu avait pris à l'alcool dont il se servait, M. Berthemot ne suivait donc pas alors le système de déplacement.

Dans le procédé que j'ai donné, je n'ai pas dit que j'employais l'éther seulement; j'ai dit qu'on pouvait se servir aussi d'alcool éthéré et d'esprit de vin à 36°. Ce dernier véhicule est même celui que je crois le moins dispendieux.

Je n'ai pas douté non plus un seul instant que les cantharides dussent donner des résultats très-variables; mais lorsque j'ai soumis des cantharides à l'étuve pour m'assurer plus tard de leur état, j'ai employé les mêmes insectes qui avaient servi à obtenir la cantharidine.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Mars 1835.

NOUVELLES DES SCIENCES.

Chimie organique.

M. Dumas communique à l'Académie des sciences, la note suivante, dans laquelle il donne la composition de quelques substances organiques :

« La *racine d'iris de Florence* soumise à la distillation avec de l'eau, donne un produit nacré, cristallin, et lamelleux, insoluble dans l'eau, et susceptible d'être recueilli en filtrant l'eau distillée. Ce produit renferme :

Carbone.	67,2	Formule $C^8 H^8 O$
Hydrogène.	11,5	
Oxigène.	21,3	

» La formule de ce corps est fort remarquable. On se rappelle en effet que dans l'essence de roses il existe un produit cristallin dont la formule est la même que celle de l'hydrogène bi-carboné. La matière de l'iris de Florence pourrait donc être un oxide de la matière de l'essence de roses; mais la petite quantité que j'en ai eue à ma disposition ne m'a permis aucune expérience propre à vérifier cette conjecture.

» 2° La *racine d'aulnée* (*Inula Helenium*) renferme aussi un principe volatil et cristallisable. Ce principe y est même dans certains cas visible à l'œil, et occupe, sous forme de mamelons cristallins, l'intérieur de petites cavités faciles à découvrir. On peut l'extraire, par simple dissolution, au moyen de l'alcool, ou bien par distillation, avec l'eau. J'ai analysé de préférence la matière obtenue par le deuxième procédé; elle renferme :

Carbone.	76,9	Formule $C^{14} H^{9} O$
Hydrogène.	8,8	
Oxigène.	14,3	

» 3° Le *poivre noir* soumis à la distillation m'a fourni une huile légère, incolore, dont la composition est :

Carbone.	87,9	Formule $C^{10} H^{8}$
Hydrogène.	11,7	

» Elle paraît analogue à l'essence de térébenthine dont elle a la même composition.

» Le *genièvre* fournit également une huile volatile dans laquelle j'ai trouvé :

Carbone.	87,7	Formule $C^{10} H^{8}$
Hydrogène.	11,4	

» Elle paraît également analogue à l'essence de térébenthine.

» 5° La *sabine* donne aussi une huile essentielle. Celle-ci bout entre 155 et 161°, et a la composition suivante :

Carbone.	88,6	Formule $C^{10} H^{8}$
Hydrogène.	11,6	

« Ce qui lui donne encore une grande analogie avec l'essence de térébenthine.

Ces trois huiles peuvent être simplement isomériques avec l'essence de térébenthine, mais je n'ai fait aucune expérience dans le but de le constater.

» 6° L'*huile de cédrat* m'a offert à l'analyse :

Carbone.	88,15	Formule $C^{10} H^{8}$
Hydrogène.	11,48	

» Cette huile m'a paru semblable à l'huile de citron, dont j'ai fait connaître la composition.

» 7° L'*huile de limette* m'a présenté la composition suivante :

Carbone.	87,6	Formule $C^{10} H^{8}$
Hydrogène.	11,4	

» Cette huile m'a paru également semblable à l'huile de citron.

8° M. Bonastre a fait connaître depuis long-temps un corps cristallisé qu'il a extrait de la résine de l'arbre à brai et qu'il désigne sous le nom de *sous-résine de l'arbre à brai*. J'ai analysé divers échantillons de ce corps qui renferme.

Carbone.	85,3	Formule $C^{72} H^{60} O$
Hydrogène.	11,7	
Oxigène.	3,0	

» Cette substance est remarquable en ce qu'elle possède exactement la même formule que la cholestérine ou matière nacrée des calculs biliaires déjà analysée par M. Chevreul.

» J'ai également analysé la résine de l'arbre à brai; mais n'ayant pas encore déterminé son poids atomique, je ferai connaître mes résultats plus tard. »

Chimie industrielle.

M. Chevreul annonce qu'il a retiré d'une matière qui lui a été remise sous le nom de *bois de sable* un principe colorant, volatil, cristallisable, qu'il nomme *aurine* à cause de sa couleur.

Il a obtenu en outre de la même manière un principe colorant rouge, pareillement volatil et cristallisable.

J.-J. V.

Noir animalisé.

M. Salmon, à qui l'Académie a décerné un des prix Montyon pour la fabrication du noir animalisé dont il est l'inventeur, annonce qu'il vient de découvrir, dans le département de la Charente-Inférieure, une mine de lignite et une autre de schiste bitumineux, qui peuvent servir à la fabrication de ce noir.

» La mine de lignite a 20 pieds d'épaisseur ; elle est d'un brun rougeâtre à un état très-divisé, renferme 7 pour 100 d'alumine, 2 d'oxide de fer, 3 de soufre ; le reste est composé de matières végétales et animales. Le schiste bitumineux a la propriété décolorante comme celui de l'Auvergne. Ces deux substances, le lignite surtout, peuvent être employées comme poudre absorbante et désinfectante. Le lignite calciné donne une poudre noire extrêmement absorbante et désinfectante, la meilleure que l'on puisse employer pour la fabrication du noir animalisé. D'après l'analyse, elle contient de l'oxide de fer et du soufre, substances ayant la propriété de stimuler la végétation, et surtout de faire produire d'une manière extraordinaire les prairies artificielles et naturelles, témoin les terres que l'on retire de plusieurs endroits de la Champagne et de la Picardie, et que l'on nomme dans le pays cendre, et dont la base n'est autre chose que du sulfure de fer plus ou moins passé à l'état de sulfate. »

M. Salmon annonce encore qu'il a créé dans ce département une fabrique pour l'exploitation de ces deux mines et la préparation de cette nouvelle poudre.

J.-J. V.

Formule de l'onguent maturatif du docteur Canquoin.

Prenez :	Infusion acétique d'écorce de garou.	℥ j. ss.
	Mélasse.	℥ j. ss.
	Huile d'olives.	℥ j. ss.
	Bile de bœuf.	℥ ij.

Mélangez le tout et faites réduire jusqu'à consistance onguentacée, puis retirez du feu et ajoutez aussitôt.

Onguent basilicum.	aa	℥ j. ss.
Onguent de la mère.		

Mélangez très-exactement le tout et incorporez par chaque once de cet onguent :

Sous deuto-nitrate de mercure porphyrisé.	3 j.

Cet onguent s'applique sur les tumeurs squirrheuses indolentes d'un rouge violacé.

Lorsqu'il existe des tubercules cancéreux et enflammés sur la peau, l'auteur les détruit par des applications, durant quelques jours, d'une solution de cyanure de potassium à la dose de 10 à 12 grains pour 2 onces d'eau distillée. J.-J. V.

Couleur des escharres produites sur la peau par des agens chimiques.

On a donné la note des pâtes phagédéniques avec le chlorure de zinc, par le docteur Canquoin, voici les autres effets des substances suivantes :

L'*acide nitrique* produit une escharre jaune peu consistante.

Le *nitrate d'argent*, escharre brune sur la peau blanche sur les plaies, peu épaisse.

Potasse caustique, escharre noire, demi-coriace, assez épaisse.

Nitrate acide de mercure, escharre rouge-sanguin sur l'épiderme, d'un gris pâle sur les chairs, demi-coriace, épaisseur moyenne.

Acide sulfurique, escharre gris de fer, demi-coriace.

Acide muriatique, escharre blanche, dure, épaisseur moyenne.

Acide nitro-muriatique, escharre jaunâtre, demi-coriace, épaisseur moyenne.

Chlorure de zinc, escharre blanche, très-dure, épaisse.

Arsenic blanc, escharre livide, dure, épaisse.

Sulfate de cuivre, escharre brune, très-dure, épaisse.

Chlorure d'antimoine, escharre blanche, molle, épaisse.

J.-J. V.

Récolte de l'opium.

M. Ch. Texier, qui explore en ce moment l'Asie-Mineure, transmet de Constantinople à l'académie des sciences les détails suivans sur la culture de l'opium dans cette contrée.

La graine de pavot se vend à Kara-Hissar par mesure de 60 oeques à 20 paras l'ocque, c'est-à-dire 30 piastres, ou 8 fr. 10 c. L'ocque de Constantinople = 1 kil. 250 gr. On commence à travailler la terre en décembre à l'aide d'un hoyau, quelquefois avec la charrue. Les sillons ont une largeur suffisante, pour qu'on puisse circuler librement dans le champ sans endommager les tiges; celui-ci offre l'aspect de plates-bandes larges de trois pieds et demi, et séparées par un petit sentier. La graine de pavot se sème comme le grain, mais beaucoup plus clair. Une ocque de graine est suffisante pour ensemencer 1600 mètres carrés. Peu de jours après que la fleur est tombée, des hommes et des femmes se rendent dans les champs, et fendent horizontalement la tête du pavot, en ayant soin que la coupure ne pénètre pas à l'intérieur de la coque. Il en sort aussitôt une substance blanche qui s'écoule en larmes des bords de la coupure. On laisse le champ en cet état pendant 24 heures; et, le lendemain, avec de larges couteaux peu tranchans, on va recueillir l'opium autour des têtes de pavot. Chaque tête ne fournit de l'opium qu'une fois, et environ quelques grains. Une première sophistication que reçoit l'opium est celle que lui font subir les paysans qui ont soin, en le recueillant, de gratter légèrement l'épiderme de la coque pour augmenter le poids. Cette opération introduit environ un douzième de substances étrangères, Ainsi récolté, l'opium est sous la forme d'une gelée gluante et granuleuse. On le dépose dans de petits vases de terre, et on le pile en crachant dessus. Quand on demande aux paysans pourquoi ils n'emploient pas d'eau au lieu de salive, ils répondent que l'eau le fait gâter. L'opium est ensuite enveloppé dans des feuilles sèches, et c'est dans cet état qu'on le livre au commerce. La graine des pavots qui ont fourni l'opium est également bonne pour semence l'année suivante.

La qualité et l'abondance de la récolte sont favorisées par l'absence des pluies fortes ou continues pendant la dernière moitié de mai et juin, parce que l'eau fait couler l'opium; une pluie de quelques jours suffit pour nuire immensement à cette récolte.

M. Texier croit que cette culture pourrait être introduite dans les départemens du midi de la France, ou en Afrique. A. F. B.

A l'occasion du procédé qui vient d'être rapporté, M. Guibourt émet l'opinion que ce procédé doit être particulier aux lieux parcourus par M. Texier, ou aux individus qu'il a visités, et qu'il n'est pas probable que ce moyen de préparation soit appliqué aux opiums livrés au commerce.

Indépendamment de ce qu'aucun des naturalistes voyageurs qui ont parcouru l'Orient n'en ont parlé, l'inspection des bons opiums du commerce prouve qu'ils n'ont subi aucune manipultation de ce genre.

Déjà M. Guibourt a fait connaître (dans ses cours et dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. *opium*) que c'était une erreur de croire que nous ne possédions par en Europe le véritable *opium* des anciens, ou le produit de l'incision des têtes de pavot, et de dire que nous n'avions que le *meconium*, ou le produit de l'expression ou de la décoction de la plante. M. Guibourt assure que l'opium de Smyrne et même le bon opium de Constantinople (provenant des parties septentrionales de la Natolie) sont uniquement le produit de l'incision des pavots, et il en donne pour preuve que ces opiums déchirés avec précaution et observés à la loupe, paraissent formés de petites larmes blondes ou fauves, transparentes, agglutinées de la même manière que celles du sagapénum, dont elles présentent l'aspect. Evidemment, ces petites larmes récoltées immédiatement sur les capsules n'ont subi d'autre préparation que celle d'être rassemblées en pains orbiculaires de 4 à 8 onces, lorsqu'elles sont parvenues à un certain degré de siccité; on enveloppe ensuite chaque masse d'une feuille de pavot à laquelle on joint, du côté de Smyrne, des semences de *rumex*, ce qui n'empêche pas toujours les pains de se coller et de se réunir plusieurs ensemble, comme le présente surtout l'opium de Smyrne.

Cet opium de Smyrne est d'ailleurs exactement

conforme à la description de Belon que voici :

« Le meilleur opium, dit Belon (*singularités*, livre 3, chap. 15), est fort amer, chaud au goût, tant qu'il enflamme la bouche. Il est de couleur jaune tirant sur le poil de lion, rassemblés en une masse, comme un tas de petits grains de diverses couleurs. Car, en amassant ledit opium, les grains recueillis sur les têtes de pavots se sont réunis ensemble, et s'entretiennent comme un tourteau. »

Olivier ne parle non plus d'aucune autre préparation de l'opium, et l'accord de ces deux voyageurs joint aux caractères physiques de l'opium de Smyrne, ne permet pas de douter que ce soit seulement ainsi que cet opium a été obtenu.

Mais il existe une autre manière de préparer l'opium pour le commerce, mentionnée par Dioscorides et par Kœmpfer. Suivant Dioscorides, le sue récolté sur les capsules de pavots, pendant l'espace de deux jours, est mélangé dans un mortier avant d'en faire des masses; d'après Kœmpfer (*amœnit.* p. 643), « on l'humecte *avec un peu d'eau*, afin de pouvoir l'agiter et le pétrir dans un vase de bois aplati, avec une forte spatule de bois, jusqu'à ce qu'il acquière la consistance, la blancheur et la ténacité d'une poix bien malaxée. Lorsqu'il est ainsi long-temps travaillé, on le tire et on l'étend plusieurs fois dans les mains nues, et enfin on en forme de petits cylindres qui sont exposés en vente. »

L'opium préparé par l'un ou l'autre de ces procédés ne peut plus présenter des larmes aussi distinctes que les opiums de la Natolie, et doit former la pâte plus uniforme que nous retrouvons dans les opiums d'Égypte et de Perse. M. Guibourt possède surtout de l'opium de Perse, qui lui a été cédé par M. Morson de Londres, et qui offre tous les caractères de la préparation décrite par Kœmpfer. Cet opium est en bâtons cylindriques, ou devenus carrés par leur pression réciproque : il est long de 4 pouces et demi, épais de 5 à 6 lignes, enveloppé dans un papier lustré maintenu à l'aide d'un fil de coton. Chaque bâton pèse environ 20 grammes; l'intérieur en est uniforme, rougeâtre, offrant cependant encore à la loupe l'aspect de larmes agglutinées, mais bien plus petites et plus atténuées que dans l'opium de Smyrne. Il a une odeur vireuse mêlée de l'odeur de moisi, qui caractérise aussi l'opium d'Égypte, préparé de la même manière.

M. Guibourt a dernièrement reçu de M. Christison, professeur de matière médicale à l'université d'Édimbourg, un fort bel échantillon d'opium de l'Inde différent de celui qu'il a décrit précédemment dans le *Journal de pharmacie*, t. 17, p. 716. Il répète en ce moment quelques expériences comparatives sur les opiums qui sont en sa possession; il en donnera incessamment communication à la société.

—

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL.

De la séance de la Société de Pharmacie, 4 *mars* 1835.

PRÉSIDENCE DE M. REYMOND.

La correspondance se compose :

1° D'une lettre de M. Fau, pharmacien à Lavelanet, qui adresse un mémoire sur un appareil propre à la préparation des chlorures d'oxides, et qui demande le titre de correspondant. MM. Chevallier et Labarraque sont nommés rapporteurs.

2° D'une lettre de M. Brandes, accompagnant l'envoi du premier numéro des Archives de pharmacie. Renvoyé à M. Valette.

3° D'une lettre de M. Bischoff, pharmacien à Lausanne, adressant une brochure intitulée : Essai sur les vins et les vinaigres.

4° De deux numéros des Annales de pharmacie de MM. Geiger et J. Liebig. M. Valette, rapporteur.

5° D'un numéro de la Gazette éclectique de Vérone (Janvier 1835). M. Chéreau, rapporteur.

6° D'un numéro du Journal de pharmacie et des sciences accessoires (Février 1835).

7° De deux numéros des Annales de l'Auvergne. M. Boudet, rapporteur.

M. Bussy rend compte des séances de l'Académie des sciences. Il rappelle que M. Couerbe a présenté à l'Académie un échantillon de méconine pesant une once; que M. Edwards a lu un mémoire ayant pour objet de constater les propriétés alimentaires de la gélatine; que M. Pallas a adressé une notice sur du sucre cristallisé obtenu des tiges de maïs; enfin que M. Texier, naturaliste voyageur, a adressé à l'Académie un mémoire sur la culture du pavot en Orient et sur les procédés employés pour la fabrication de l'opium.

M. Guibourt, à l'occasion de ce dernier travail, prend la parole pour combattre quelques-unes des assertions de M. Texier, et pour établir quelques caractères qui peuvent servir à distinguer les opiums tirés de différentes sources. Un extrait du mémoire de M. Texier et une note de M. Guibourt, qui s'y rapporte, seront insérés dans le Journal de pharmacie.

M. Soubeiran lit un rapport sur les notices adressées par M. Vandamme d'Hazebrouck. Dans la première, relative à la vente des semences de *croton tiglium*, M. Vandamme avance que dans le commerce de la droguerie on donne presque partout les semences de *jatropha curcas* au lieu de celles de *croton*, d'où il résulterait qu'au lieu d'huile de *croton* on doit souvent trouver dans les pharmacies de l'huile de *jatropha*. M. le rapporteur assure que chez les droguistes de Paris, c'est toujours le contraire qui arrive; c'est-à-dire que le *croton tiglium* abonde, que le *jatropha curcas* est rare au point qu'il serait fort difficile de se procurer de petites quantités de cette dernière semence. Relativemen

à la seconde note de M. Vandamme, dans laquelle ce pharmacien propose de modifier la formule du looch blanc en supprimant l'huile d'amandes douces et en doublant la proportion des amandes, M. Soubeiran remarque que la quantité d'amandes ajoutées n'équivaudrait qu'à deux gros d'huile d'amandes douces, au lieu d'une demi-once, et que d'ailleurs cette pratique introduirait dans le looch des parties parenchymateuses et albumineuses qui pourraient en rendre la digestion plus difficile.

M. Cap lit un rapport sur les trois brochures adressées par M. Girardin. La première contient des observations sur une variété du poirier et sur la fabrication des cidres. La deuxième renferme un rapport sur un café avarié par l'eau de la mer, dans lequel M. Girardin n'a pu retrouver aucune trace de *caféine*, et un deuxième rapport sur une poudre que son auteur destine à remplacer le café, et qui n'est autre chose que du seigle torréfié. La troisième brochure est un discours prononcé par M. Girardin à l'ouverture du cours d'application dont il est chargé à l'école de chimie de Rouen. Le rapporteur propose d'adresser des remercîmens à M. Girardin. Ces conclusions sont adoptées.

MM. Henry et Baget font un rapport sur le mémoire de M. Guillemette, ayant pour titre : Recherches sur la matière cristalline du mélilot. Il résulte du travail de M. Guillemette, 1° que l'on retire des fleurs du mélilot une substance absolument analogue à celle que l'on obtient de la fève tonka, et qui porte le nom de *coumarine;* 2° que cette substance blanche, cristalline, très-odorante, est neutre et ne contient pas d'acide benzoïque. Les rapporteurs, après en avoir fait l'analyse élémentaire, l'ont trouvée composée des mêmes élémens que la coumarine. Ils proposent l'insertion du travail de M. Guillemette dans le Journal de pharmacie. La société adopte ces conclusions et arrête qu'un extrait du rapport sera joint au mémoire original.

M. Chevallier rappelle à cette occasion que Cadet de Gassicourt avait déjà signalé dans le mélilot une substance à laquelle il avait donné le nom de *mélilotine.*

MM. Robiquet et Boutron présentent M. Guillemette comme membre résidant. M. Bussy est nommé rapporteur.

M. Chevallier fait un rapport sur les titres de M. Vandamme d'Hazebrouck. On passe au scrutin sur l'admission de ce pharmacien comme membre correspondant. M. Vandamme est élu.

M. Cap présente de la part de M. Batilliat, de Mâcon, un mémoire sur des huiles essentielles obtenues par un nouveau procédé. Ce travail est accompagné de plusieurs échantillons des produits obtenus. MM. Bonastre, Cap et Soubeiran sont chargés d'un rapport sur le mémoire de M. Batilliat.

P.-A. C.

—

SUR LA RÉORGANISATION DE LA PHARMACIE.

La loi sur l'instruction publique, depuis si longtemps promise et si impatiemment attendue, paraît ajournée encore une fois, mais ne cesse pas pour cela de préoccuper les hommes qui fondent tout l'avenir des professions scientifiques sur la réforme de la législation qui les a régies jusqu'à ce jour. L'enquête provoquée par le ministère, il y a plusieurs années, a fait surgir des vues sages, d'utiles projets et signalé d'heureuses améliorations à introduire dans la loi nouvelle. La réorganisation des diverses parties de l'art de guérir ayant donné lieu, dans le sein de l'Académie royale de médecine, à un rapport étendu et à une discussion solennelle, les pharmaciens conçurent la pensée d'éclairer à leur tour les questions qui concernent leur art d'une manière spéciale. Nous avons annoncé dans le temps qu'une commission nommée par la société de pharmacie et par la société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, avait rédigé un rapport sur la réorganisation de la pharmacie (1). Ce travail n'ayant pas encore été rendu public, plusieurs de nos correspondans se sont adressés à nous, soit pour apprendre où en est le projet ministériel, soit pour connaître les bases du rapport des pharmaciens de Paris et les causes du silence qu'on semble garder à dessein sur un sujet qui les intéresse si vivement. C'est pour répondre à la juste impatience de nos confrères que nous allons entrer à cet égard dans quelques détails.

Au moment où le rapport de l'Académie royale de médecine, qui s'appliquait à toutes les professions médicales, allait être mis en délibération, la commission des pharmaciens de Paris publia quelques Observations qui avaient pour objet d'éclairer les questions principales relatives à la pharmacie et de présenter, en ce qui nous concerne, la matière sous son véritable jour. Ces observations eurent tout le succès que nous pouvions espérer, et la plupart des principes qui en étaient l'objet furent adoptés par l'Académie. La session législative s'étant terminée sans que le projet de loi sur l'instruction publique fût présenté aux chambres, l'Académie suspendit la discussion de son rapport; mais la commission des pharmaciens ne crut pas devoir discontinuer son travail et elle l'acheva. Présenté aux deux sociétés réunies en assemblée générale, son rapport fut adopté après une mûre discussion et imprimé immédiatement. Toutefois, on jugea à propos d'en ajourner la distribution jusqu'à l'époque où cet objet serait soumis aux délibérations des chambres législatives, parce qu'il était à craindre qu'en occupant prématuré-

(1) Cette commission était composée de MM. Boullay, président, Bernard-Derosnes, Blondeau, Boutron-Chalard, Chereau, Lodibert, Planche, Reymond, Robinet, Thubeuf, et Cap, rapporteur.

ment les hommes d'état et le public, des questions qui y sont traitées, notre objet spécial ne fût manqué ou que nos réclamations ne fussent oubliées, au moment où cette matière serait mise à l'ordre du jour.

Ces réflexions qui nous préoccupent, placés comme nous le sommes plus près des hommes et des choses, n'ont pas également frappé nos confrères de quelques départemens qui, déjà, dans leur juste impatience, ont adressé, au ministère et aux chambres, des pétitions et des mémoires sur les abus dont ils ont à se plaindre, ou leurs plans pour la réorganisation de la pharmacie. Il en est résulté ce que nous avions prévu et l'inconvénient que nous eussions voulu éviter, c'est que ces coups, frappés isolément et à long intervalle, n'ont aucune portée, aucun résultat. Mieux vaudrait, à notre avis, suspendre provisoirement toute publication prématurée, toute réclamation intempestive, ce qui permettrait de méditer plus mûrement encore toutes les questions qui nous intéressent; puis, le moment arrivé, on réunirait et l'on concentrerait tous les efforts pour atteindre plus sûrement le but.

Quoi qu'il en soit, nous allons résumer ici en peu de mots le travail de la commission des pharmaciens de Paris, en présenter le système général et les principales conclusions.

La commission a considéré l'avenir de l'art pharmaceutique sous le triple point de vue des intérêts de l'humanité, de l'avancement de la science et des intérêts propres de la profession. Elle a en conséquence rattaché toutes les questions qui se rapportent à la pharmacie à trois chefs principaux : l'enseignement, l'exercice et la police de notre art. Le rapport est également divisé en trois parties.

La première renferme un aperçu historique rapide des progrès de toutes les sciences sur lesquelles repose la pharmacie, progrès auxquels les pharmaciens ont toujours eu une si grande part. A la suite de ce tableau, se trouve l'énumération des circonstances qui se sont long-temps opposées à la prospérité de la pharmacie et des causes auxquelles il faut rapporter la décadence actuelle de l'art, considéré comme profession.

Ces causes, que l'on peut attribuer en grande partie aux vices de la législation existante, peuvent, aux yeux de la commission, se réduire aux points suivans :

1° La multiplicité toujours croissante des officines qui, loin de tourner à l'avantage du public, comme la concurrence en toute autre matière, n'a fait que favoriser la fraude, l'ignorance et le charlatanisme; déplorable conséquence de l'institution des jurys qui, par la facilité des examens et le bas prix des réceptions, a rendu partout le nombre des pharmaciens hors de proportion avec les besoins des localités, et forcé trop souvent les praticiens d'opter entre la dignité de leur art et la misère;

2° La rivalité des professions voisines, qui empiètent de plus en plus sur les attributions légales de la pharmacie, et ne lui laissent guère d'autre privilége que la vente des substances assez dangereuses pour exposer à des peines graves ceux qui les préparent ou les délivrent;

3° La concurrence de certaines maisons de droguerie qui, prenant à leurs gages un pharmacien reçu, comme certains journaux se pourvoient d'un gérant responsable, exploitent la pharmacie en gros comme en détail, et vendent les médicamens au rabais;

4° L'abus dont se rendent coupables quelques hommes qui, trafiquant de leur nom et de leur titre, couvrent de leur garantie les contraventions les plus manifestes, et favorisent le cumul de la pharmacie avec des professions étrangères;

5° Le charlatanisme des annonces, qui a porté un coup funeste à la profession, soit en la déconsidérant aux yeux des hommes éclairés, soit en abusant le public sur le mérite de certains médicamens, au préjudice des moyens rationnels dont l'art a constaté toute l'efficacité.

Cette première partie du rapport se termine par l'exposé du système des modifications que la loi actuelle devrait subir, afin de rendre à la pharmacie une position plus en rapport avec son utilité et son importance. L'ensemble de ces mesures qui se rapportent à trois titres principaux se réduirait, suivant la commission, aux principes suivans :

Titre 1er. — *Enseignement.*

Rattacher les écoles de pharmacie à l'université.

N'admettre à l'avenir qu'un seul ordre de pharmaciens.

Supprimer l'institution des jurys médicaux.

Augmenter le nombre des écoles, et étendre l'enseignement dans chaque école.

Donner aux concours les places de professeurs et celles d'agrégés.

Exiger des professeurs le grade de docteur ès-sciences, et des agrégés celui de licencié.

Attribuer aux professeurs un traitement fixe, et supprimer tout traitement éventuel.

Admettre des examinateurs praticiens dans les actes probatoires et dans les concours.

Exiger des étudians le grade de bachelier-ès-lettres.

Abaisser le prix des réceptions et le rendre égal dans toutes les écoles, sauf à prélever un droit d'établissement, une fois payé, proportionnel à la population des lieux de résidence, et dont le produit retournerait à la caisse des écoles.

Retirer aux écoles la police de la pharmacie, pour l'attribuer à des conseils médicaux.

Titre 2. — *Exercice.*

Assurer aux pharmaciens tous les droits et priviléges légaux de leur profession.

Faire rentrer dans les attributions exclusives de la pharmacie la vente de toutes les substances médicamenteuses, ainsi que leur fabrication en grand.

Tenir le *Codex* officinal à la hauteur des progrès de l'art, et rendre obligatoire l'exécution de ses formules.

Régler la responsabilité des pharmaciens.

Faire cesser l'abus des *prête-noms* et interdire toute association entre les pharmaciens et des personnes étrangères à l'art.

Accorder des dispenses aux veuves et aux fils de pharmaciens décédés.

Créer des patentes de garanties pour les médicamens nouveaux.

TITRE 3. — *Police.*

Créer dans chaque département un conseil médical chargé de la police de toutes les parties de l'art de guérir.

Prohiber toute vente de médicamens dans les pharmacies des hôpitaux et des établissemens publics ou particuliers.

Interdire les annonces de médicamens.

Assurer l'exécution des mesures de police pharmaceutique par des peines applicables à tous les cas de contravention.

La seconde partie du rapport est consacrée au développement des motifs sur lesquels s'appuient les principes adoptés par la commission, et qui viennent d'être énumérés. Ces motifs, exposés avec franchise et impartialité, ont été empruntés pour la plupart aux nombreux documens recueillis soit dans les travaux, mémoires ou pétitions publiés à différentes époques sur la matière, soit dans la correspondance de nos confrères des départemens. Sans chercher à faire prévaloir une opinion arrêtée par l'exagération des faits ou des argumens, chaque principe à été soumis à une discussion contradictoire, et les motifs en sont résumés avec bonne foi et précision. Ils se présentent dans l'ordre de la classification générale des mesures proposées, et en les rattachant, autant qu'il était possible, à celles qui ont été adoptées par l'académie royale de médecine, la commission a voulu montrer en même temps sa déférence pour ce corps illustre, et son éloignement pour les vaines théories et les moyens impraticables.

Enfin, dans la troisième partie, le rapport présente, sous la forme d'articles de législation, les dispositions principales du projet, auxquelles il suffirait d'ajouter un petit nombre d'articles réglementaires pour leur donner tout le complément dont l'organisation de la pharmacie paraît susceptible. Ce n'est point une prétention puérile qui a porté la commission à donner la forme législative aux mesures qui résument l'ensemble de son projet, mais seulement la nécessité de formuler le plus brièvement possible les principes sur lesquels semble devoir se fonder tout l'avenir de la pharmacie. Ces dispositions sont réparties en trois titres, suivant les divisions du système général de réorganisation pharmaceutique, et sont contenues dans quatre-vingt-sept articles destinés à remplacer ceux de la loi de germinal an XI.

Espérons que le projet ministériel, ainsi préparé par les hommes les plus intéressés aux progrès de l'art, répondra pleinement à leur attente, et surtout ne différera pas trop long-temps encore une réforme à laquelle les intérêts de l'humanité ne sont pas moins liés que ceux des pharmaciens.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffiront sans doute à nos confrères pour juger dans quel esprit a été conçu le travail des pharmaciens de Paris, comme pour apprécier les motifs de leur circonspection, et du silence qu'ils ont cru devoir garder jusqu'à ce jour. Nous ne saurions trop engager nos collègues des départemens à tenir comme eux provisoirement en réserve leurs réclamations, ainsi que leurs projets de réforme pharmaceutique. Cependant il serait bien que, pour donner encore plus de maturité à nos idées, et dans l'occasion plus d'unité et de force à nos instances, on continuât d'éclairer les questions principales par des communications intimes dont nous pensons qu'il est tout au moins inutile d'occuper le public. Chacun des membres de la commission recevra avec plaisir et reconnaissance tous les documens qui leur seront adressés par leurs confrères sur cet important sujet, en attendant que le moment arrive de les produire au grand jour, et d'en faire usage dans le plus grand intérêt de l'art et de la profession.

P.-A. CAP.

JOURNAL

DE CHIMIE MEDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE.

AVRIL 1835.

ESSAIS

Sur les moyens à mettre en usage dans le but de rendre moins fréquent le crime d'empoisonnement ; par MM. Chevallier, chimiste, membre de l'Académie Royale de médecine, du Conseil de salubrité ; et J. Boys de Loury, Médecin de Saint-Lazare.

Celui qui rend le crime impossible,
Fait plus que la loi qui le punit.

Les cas nombreux d'empoisonnement qui occupent les assises du royaume ont, depuis long-temps, fixé notre attention. Nous nous sommes souvent demandé s'il n'y aurait pas des moyens particuliers à mettre en usage, des mesures légales à solliciter pour diminuer la fréquence de ces crimes, en les rendant plus difficiles à commettre, et en inspirant une crainte salutaire aux malheureux qui oseraient les concevoir.

Il nous a paru que la solution d'une semblable question devrait être le résultat d'un travail qui consisterait à établir :

1° Le nombre d'accusés de ce crime dans un laps de temps donné ;

2° Les substances le plus ordinairement employés par les empoisonneurs ;

3° La manière dont les accusés se sont procuré le poison ;

4° Les causes déterminantes des crimes ;

5° Le mode d'administration des poisons ;

6° Le rapport en nombre des empoisonneurs des deux sexes.

Du nombre d'accusés d'empoisonnement.

En consultant la statistique des crimes et délits, dressée par ordre de M. le ministre de la justice, nous avons vu :

1° Que, dans un espace de sept années, 273 individus ont été accusés du crime d'empoisonnement.

2° Que, sur ce nombre, 171 ont été acquittés, et 102 condamnés, ainsi que l'indique le tableau suivant :

	Accusations.	Accusés.	Acquittés.	Condamnés.
En 1825	30	50	29	21
1826	18	26	14	12
1827	27	34	22	12
1828	37	43	26	17
1829	33	47	34	13
1830	32	37	23	14
1831	33	36	23	13
Totaux.	216	273	171	102

Privés, quant aux questions ci-après, de renseignemens authentiques, nous avons puisé ceux qui vont suivre dans la *Gazette des Tribunaux*, où nous avons relevé des notes sur 94 cas d'empoisonnement signalés pendant une période de sept années, du 15 novembre 1825 au 10 octobre 1832.

Des substances qui sont le plus ordinairement employées par les empoisonneurs.

Nos recherches établissent que les poisons employés sont :

Dans 54 cas, l'acide arsénieux.
Dans 7 — le vert de gris.
Dans 5 — de la poudre de cantharides.
Dans 5 — du perchlorure de mercure.
Dans 4 — de la noix vomique.
Dans 3 — de la poudre aux mouches (1).
Dans 2 — de l'acide nitrique.
Dans 1 — du sulfure d'arsenic.
Dans 1 — de l'émétique.
Dans 1 — de l'opium.
Dans 1 — de l'acétate de plomb.
Dans 1 — de la céruse.
Dans 1 — de l'acide sulfurique.
Dans 1 — du sulfate de zinc.
Dans 1 — de l'onguent mercuriel (2).
Dans 5 — des poisons non désignés.

(1) On donne ce nom à l'arsenic impur pulvérisé, qui est aussi appelé *cobalt*.

(2) On s'explique difficilement comment on peut empoisonner par l'onguent mercuriel : aussi n'est-ce qu'une tentative. Voici le fait : la femme B.... ayant tenté d'empoisonner son mari avec

Manière dont les accusés se sont procuré le poison.

Il nous a été impossible d'obtenir de nombreux renseignemens sur les moyens mis en usage par les accusés d'empoisonnement, pour se procurer la substance vénéneuse; il résulte de nos recherches que, dans divers cas, ce poison a été demandé pour faire périr des animaux nuisibles; que, dans d'autres, le poison se trouvait sous la main des accusés, qui l'employaient dans leur industrie.

Causes qui ont déterminé les crimes.

Sur les 94 cas d'empoisonnement dont la *Gazette des Tribunaux* a rendu compte, nous avons trouvé des détails sur les causes qui ont porté 83 des accusés à commettre ce crime. Ces détails démontrent qu'ils étaient poussés :

Dans 28 cas, par l'intérêt.
Dans 24 — par le libertinage.
Dans 15 — par la vengeance.
Dans 10 — par la jalousie.
Dans 6 — par la folie.

Les causes qui ont déterminé les 11 autres cas n'ont point été indiquées.

Mode d'administration du poison.

Il résulte des renseignemens publiés dans la *Gazette des Tribunaux* que, sur 81 cas, le poison a été administré :

34 fois dans le potage.
2 — dans du lait.
7 — dans de la farine.
7 — dans du vin.
8 — dans du pain.
5 — dans du pâté.
4 — dans du chocolat.
4 — dans des médicamens.
2 — immédiatement dans la bouche (1).
2 — dans du café.
1 — dans du cidre.
1 — dans une volaille.

Dans 13 autres cas, le mode d'administration n'a pas été indiqué.

Rapports des accusés par rapport au sexe.

Nos recherches nous ont fait connaître que, dans les 94 cas dont nous avons pu connaître les résultats, 60 des accusés étaient du sexe masculin, 34 du sexe féminin; nous nous proposons de rechercher si ce rapport, qui démontre que le nombre des hommes l'emporte sur celui des femmes, a déjà été observé (1).

En nous occupant des recherches dont nous venons de donner les résultats, nous nous trouvâmes à même de remarquer, 1° que, dans divers cas, le goût communiqué par les substances vénéneuses aux alimens a sauvé les victimes du danger qu'elles couraient; 2° que, dans d'autres cas, la couleur du poison a été un avertissement salutaire pour les personnes que l'on voulait empoisonner. Nous croyons devoir donner ici connaissance de quelques faits qui démontrent ce que nous venons de dire.

Premier fait.

Le nommé F... B... de Saint-F.., vivant avec sa domestique, conçut le dessein d'empoisonner sa femme, plus âgée que lui. Profitant d'un moment où elle était malade, il lui donna du vin chaud; cette femme l'ayant trouvé amer, refusa de le boire, disant qu'elle le prendrait plus tard. Une voisine qui goûta de ce vin eut de violentes coliques et des vomissemens. Le vin, examiné, on reconnut qu'il avait été mis à macérer sur de la noix vomique. (*Gazette des Tribunaux*, 15 décembre 1828).

Deuxième fait.

Le nommé Ch.... introduisit de l'oxide d'arsenic dans la soupe qu'il destinait à sa femme : elle la trouva âcre, amère, faisant mal à la gorge; ce qui empêcha cette femme de prendre beaucoup de cet aliment, et lui sauva la vie.

Troisième fait.

Le nommé B...., soupçonné d'avoir empoisonné sa femme, voulut empoisonner le nommé G.... avec un mélange d'émétique et d'arsenic; le goût que ces substances vénéneuses donnèrent aux alimens empêcha G.... d'en faire usage.

Quatrième fait.

La femme P.... vivait en mauvaise intelligence avec son mari; elle introduisit dans des bouteilles vides, qu'il remplissait lui-même pour les emporter aux vignes, une substance vénéneuse. P...., comme à son ordinaire, remplit ses bouteilles de vin blanc. Dans la journée, ce vin lui parut avoir une couleur verte et une odeur dé-

---

de l'arsenic, mais n'ayant pas réussi, parce qu'au lieu d'arsenic on lui avait donné du plâtre pilé, conçut l'idée de se servir de l'onguent mercuriel, dont elle ne connaissait pas bien les propriétés; elle en fit avaler à son mari, qui n'éprouva aucun accident de l'ingestion de ce médicament. (*Gazette des Tribunaux*, 1er juin 1831.)

(1) Nous avons vu deux cas d'empoisonnement de ce genre : celui d'une femme ivre à qui l'on fit boire de l'acide nitrique (*de l'eau forte*), et celui d'un enfant à qui l'on fit avaler de l'acide sulfurique (*de l'huile de vitriol*).

(1) Nous avons fait des recherches dans les tableaux contenant des renseignemens sur les crimes commis en Angleterre; mais nous n'avons rien trouvé sur ce sujet.

sagréable ; il le fit examiner, et l'on reconnut qu'il contenait une assez grande quantité de vert de gris pour donner la mort à ceux qui en auraient fait usage. (*Gazette des Tribunaux*, 24 juin 1828).

Cinquième fait.

Deux tentatives d'empoisonnement, attribuées à la fille El... G...., furent commises aux domiciles des nommés D..... et G....., cultivateurs, habitant une commune du département de la Meuse. On jeta du vert de gris dans des pois au lard destinés à l'un d'eux, et l'on introduisit le même sel dans les alimens préparés pour l'autre. Dans les deux cas, le goût et la couleur que ce sel donna aux alimens empêchèrent la consommation des crimes. (*Gazette des Tribunaux*, 20 juin 1832).

Sixième fait.

En 1827, un curé d'une des communes du département de la Drôme s'aperçut, en officiant, que le vin qu'on lui servait avait une couleur verte ; cette couleur attira son attention, et il n'en fit pas usage. Il résulta des recherches auxquelles on se livra, qu'une personne voulant empoisonner ce prêtre, avait introduit dans le vin du vert de gris acheté pour peindre une boiserie. (*Gazette des Tribunaux*, 4 mai 1827).

Septième fait.

Une tentative d'empoisonnement eut lieu à Esne. Du vert de gris fut jeté dans une marmite par une main inconnue ; mais la couleur que prirent les alimens décéla cette tentative d'empoisonnement. (*Gazette des Tribunaux*, 28 mai 1827).

Ces faits, et sans doute d'autres qui ne sont pas parvenus à notre connaissance, semblent démontrer qu'on pourrait rendre moins fréquens les empoisonnemens, si l'on exigeait que les poisons, dans un grand nombre de cas et lorsque cela ne nuirait pas à leur emploi, fussent colorés ou rendus sapides. Déjà cette idée a été émise par différentes personnes. En effet, on trouve dans différens journaux des dissertations qui indiquent les avantages que l'on peut tirer de ces opérations.

Selon M. Brard, c'est Cadet de Gassicourt qui, le premier, eut l'idée de colorer les substances vénéneuses, idée qu'il consigna dans le Dictionnaire de sciences médicales.

Plus tard, il y a environ dix ans, M. Brard tenta des essais sur le même sujet : il les communiqua à M. de Saint-Cricq, alors ministre du commerce et de l'agriculture. Le travail de M. Brard fut envoyé à un conseil, qui reconnut que les moyens qu'il avait proposés empêcheraient les empoisonnemens par méprise, mais qu'ils ne s'opposeraient pas entièrement aux empoisonnemens criminels. Le procédé qu'indiquait M. Brard consistait à mêler à l'arsenic blanc du bleu de Prusse, dans la proportion de 10 de ce prussiate pour 100 d'arsenic. Il fut alors objecté qu'on pourrait séparer le bleu de Prusse par une dissolution, une filtration et une évaporation ; mais toutes ces opérations, faciles pour les gens qui s'occupent de chimie, seraient difficilement mises en pratique par les gens du monde.

En 1828, l'Académie royale de médecine, section de pharmacie, eut à s'occuper d'une question d'empoisonnement par l'oxide d'arsenic, et de l'idée émise par un médecin, de colorer ce poison pour le faire reconnaître lorsqu'il se trouve mêlé aux alimens ; quelques praticiens établirent qu'il faudrait augmenter les moyens de surveillance dans la vente de cette dangereuse substance, surtout quand on l'emploie dans le chaulage du blé.

D'autres émirent l'opinion qu'il y aurait de l'avantage dans la coloration de ce poison. Quoi qu'il en soit, aucun des moyens proposés ne fut adopté.

Nous nous occupions de recherches sur le même sujet, lorsque M. Brard reproduisit, dans le *Journal des connaissances usuelles*, septembre 1834, ses idées sur la coloration de l'arsenic par le bleu de Prusse, idées qu'il a formulées de la manière suivante :

« 1° L'arsenic blanc, coloré par 10 p. 100 de bleu de » Prusse, ne peut donner naissance à aucune méprise, » et il doit empêcher les empoisonnemens accidentels ;

» 2° Ce même arsenic coloré doit nécessairement » diminuer le nombre des empoisonnemens criminels ;

» 3° Il est du devoir d'un gouvernement paternel de » prendre les mesures qui tendent à ce double but » d'humanité, et il se rend en quelque sorte responsable au moral de presque tous les accidens qui se- » ront causés à l'avenir par l'emploi de l'arsenic blanc » en poudre, puisqu'il existe un moyen certain de les » prévenir »

Sans adopter entièrement les idées de M. Brard, sur la responsabilité qu'il assume sur le gouvernement, nous pensons que la coloration de l'arsenic blanc peut rendre des services immenses, et nous nous appuyons sur les résultats de nos recherches, qui indiquent : 1° que sur 81 cas d'empoisonnement, 62 sont le résultat de l'emploi de substances qui ont une couleur blanche ; 2° que, sur ces 62 cas, l'arsenic blanc a été employé 54 fois ; 3° que la saveur et la couleur des poisons ont empêché, dans diverses circonstances, des tentatives d'empoisonnement d'avoir leur effet.

Il nous reste cependant à rechercher dans quels cas il faudrait donner à l'arsenic, soit du goût, soit de la couleur, et si cette couleur et ce goût pourraient nuire à ses usages. De nos recherches il résulte : 1° que presque tout l'arsenic blanc vendu dans les campagnes, est employé pour le chaulage du blé (1) et pour la destruction des rats, des souris et des mulots ; 2° que l'arsenic métallique en poudre, *la mort aux mouches*, est employé pour détruire les mouches ; 3° que l'arsenic

(1) L'emploi de l'acide arsénieux, de l'arsenic blanc dans le chaulage est une mauvaise pratique, déjà abandonnée en partie dans quelques localités. Il serait à désirer qu'elle le fût totalement.

blanc est employé dans quelques cas par les vétérinaires contre des maladies des bestiaux, et par quelques individus contre la gale (1). Mais nous ne voyons pas que la coloration ou la saveur communiquées à l'arsenic blanc, puissent dans ces circonstances être nuisibles à ces divers emplois. Nous nous résumons donc, et nous disons :

1° Qu'il serait utile et même indispensable, que l'arsenic blanc *destiné au chaulage*, soit mêlé de poudre d'aloës, dans la proportion de 10 parties d'aloës sur 90 parties d'acide arsénieux ;

2° Qu'il en serait de même pour l'acide arsénieux destiné à être appliqué à l'extérieur par les vétérinaires, et par quelques individus au traitement de la gale;

3° Qu'il serait convenable que l'acide arsénieux destiné à l'empoisonnement des rats, des souris et des mulots (2), fût mêlé au bleu de Prusse, comme l'a proposé M. Brard, ou à de l'indigo soluble, dans la proportion de 90 parties d'acide arsénieux pour 10 parties de matière colorante ;

4° Que l'arsenic métallique pulvérisé, livré au commerce pour la destruction des mouches, fût mêlé d'un dixième de son poids de bleu soluble.

Nous sommes portés à croire que l'emploi des moyens que nous conseillons doit, en rendant les empoisonnemens plus difficiles, les rendre moins fréquens; il peut aussi, comme l'a dit M. Brard, empêcher les accidens qui sont le résultat de méprises ou du manque de soins. En effet, on a vu que des sacs qui avaient servi à contenir des blés chaulés par l'arsenic, sacs qui retenaient de ce poison, avaient ensuite servi à renfermer des blés destinés à être convertis en farine, et que les farines provenant de ces blés avaient occasionné de nombreux accidens (3). C'est sans doute à des faits semblables qu'il faut attribuer : 1° l'empoisonnement de seize personnes qui fut signalé dans les environs de Bressières en 1828, empoisonnement qui donna lieu à un rapport de MM. Orfila et Barruel, consigné dans le *Journal de Chimie médicale* (4); 2° un autre empoisonnement observé en décembre 1833 à Bourbonne-les-Bains, et qui donna lieu à des accidens qui frappèrent onze personnes (1).

Nous bornons là ce que nous avions à dire sur la nécessité d'ajouter à l'arsenic blanc (l'acide arsénieux) employé dans diverses circonstances, soit une substance très-sapide, soit une matière colorante. Nous pensons qu'on nous saura gré de nos recherches, qui ont été faites dans un but d'utilité publique.

(1) Nous regardons ce traitement comme très-dangereux.

(2) Le moyen suivant, convenable pour empoisonner les rats et les souris, etc., est, dit-on, préférable à l'emploi de l'arsenic : on mêle à de la farine du plâtre bien sec, et on le place dans un lieu où ce mélange puisse être mangé par ces animaux. Le plâtre, en absorbant de l'eau, donne lieu à la formation d'une masse plastique qui cause la mort de l'animal.

(3) Nous avons vu dans le Cantal des moutons avoir des symptômes d'empoisonnement pour avoir mangé de l'herbe sur laquelle on avait jeté des restes de grain chaulé avec l'arsenic.

(4) Voici comment s'expriment MM. Orfila et Barruel sur ce sujet :

« Si *l'arsenic* a été introduit méchamment, il est difficile d'admettre qu'on eût empoisonné tout un sac de farine ; nous pensons que le poison s'y trouve accidentellement, et nous nous appuyons sur ce qu'aujourd'hui généralement les cultivateurs ont adopté la méthode d'empoisonner les semailles, et surtout le grain, et qu'ils emploient à cet usage l'oxide d'arsenic. Ne serait-il pas possible que, par inadvertance, une portion de ce grain ait été oubliée dans un grenier, et ensuite changée de destination ; ou bien encore que les sacs dans lesquels on porte ces semailles empoisonnées dans les champs ayant servi à porter du grain au moulin, et à en rapporter la farine? C'est ce qu'il importerait de découvrir ; et dans tous les cas, il est bon d'éveiller l'attention des cultivateurs et des fermiers sur les dangers qu'ils font courir à la société et qu'ils courent eux-mêmes, s'ils ne prennent pas toutes les précautions possibles dans la préparation qu'ils font subir aux grains qu'ils destinent à être semés. »

(1) Cet empoisonnement donna lieu à des recherches chimiques faites par deux pharmaciens, MM. Bastien et Bezu. M. Bastien établit que l'empoisonnement était dû à l'arsenic ; M. Bezu, de son côté, émit l'opinion que les accidens étaient dus non à un poison minéral, mais à une substance végétale nuisible à l'espèce humaine, substance qui se trouvait dans le blé. Ces deux opinions ne s'accordant pas, un nouvel examen du pain fut fait à Langres, et il fut reconnu qu'il contenait de l'arsenic.

FORMULES

De plusieurs préparations pharmaceutiques, par M. Béral.

Sirop

de capsules de pavots blancs.

Prenez	Hydrolature de capsules de pavots blancs, au 8e.	12 livres.
	Sucre Raguenet, cassé en morceaux.	8 liv.

Pesez le sucre, et l'infusion dans une bassine, et faites bouillir pendant le temps nécessaire pour réduire le mélange à environ. 12 liv.

Laissez refroidir, et passez au travers d'un blanchet, préalablement lavé à l'eau distillée, et seché.

Une once de ce sirop contient les principes solubles d'un gros de capsules de pavots, résultat presque rigoureux, et que ne présente aucune des formules publiées jusqu'à ce jour.

MODE DE PRÉPARATION DE L'HYDROLATURE.

Prenez	Capsules de pavots blancs, sèches et incisées.	32 onces.
	Eau distillée.	16 liv.

Le bain-marie d'un alambic étant placé dans sa cu-

curbite à moitié pleine d'eau, on y met les têtes de pavots sur lesquelles on verse l'eau distillée. Les choses étant ainsi disposées, et le bain-marie couvert, on fait bouillir pendant une demi-heure l'eau contenue dans la cucurbite; on cesse le feu sans déranger l'appareil, et on laisse infuser pendant douze heures. A cette époque il ne reste plus qu'à faire passer le liquide au travers d'un blanchet lavé à l'eau distillée, en ayant le soin d'exprimer le marc avec les mains.

La quantité du produit est ordinairement de 12 livres.
Ce qui correspond aux trois quarts des capsules employées, ou à 24 onc.

SIROP

d'ammoniaque liquide.

Prenez	Sirop hydrolique simple.	16 onc.
	Ammoniaque liquide, à 22 degrés.	4 scrupules.

Mêlez.

Ce sirop contient 6 grains ou 12 gouttes d'ammoniaque liquide par once (1).

SIROP

d'acétate d'ammoniaque.

Prenez	Sucre Raguenet réduit en fragmens.	15 onces.
	Acétate d'ammoniaque liquide.	9 onces.

Faites fondre le sucre dans le véhicule sans chauffer, et passez à travers un blanchet.

SIROP

d'acétate d'ammoniaque et de fer.

Prenez	Acétate d'ammoniaque ferré.	9 onces.
	Sucre Raguenet cassé en morceaux.	15 onces.

Faites dissoudre à froid.

Ce sirop a une couleur rouge et une saveur particulière qui n'est pas désagréable.

ACÉTATE D'AMMONIAQUE

ferrugineux.

Prenez	Acétate d'ammoniaque liquide.	14 onces.
	Acétate de peroxide de fer liquide.	2 onces.

Mêlez.

L'esprit de mendérerus ferré a une couleur rouge très-foncée.

HYDROCHLORATE D'AMMONIAQUE

ferrugineux.

Prenez	Sel ammoniaque en poudre.	10 onces.
	Perchlorure de fer cristallisé.	2 onces.
	Eau distillée.	2 onces.

Faites dissoudre le perchlorure dans l'eau; mêlez cette solution à l'hydrochlorate d'ammoniaque; placez le mélange dans une capsule de platine ou de porcelaine, et faites-le sécher à la chaleur du bain-marie. Réduisez en poudre, exposez à l'air pendant vingt-quatre heures, et conservez dans un flacon.

A l'aide de ce procédé qui est simple et facile à exécuter, on obtient un produit très-chargé de fer qui ne varie jamais dans sa composition.

(1) Ce sirop pourrait être employé avec avantage contre l'ivresse : il faudrait en faire prendre 4 gros mêlés à 12 onces d'eau.
A. C.

NOTE

Sur des grains blancs cristallins trouvés dans les intestins; Par M. Henri Braconnot.

On présume qu'une fille a été empoisonnée, on l'exhume un mois après sa mort. Les excrémens renfermés dans les intestins étaient liquides, d'un jaune bilieux et indiquaient à leur aspect que la personne dont il s'agit était atteinte d'une diarrhée.

Afin de rechercher mécaniquement la présence de l'arsenic dans ces matières excrémentitielles, nous les avons délayées à plusieurs reprises avec de l'eau et lavées successivement par décantation. Il est resté pour résidu un sédiment sablonneux, blanc, hyalin, s'écrasant facilement sous l'ongle en une poussière farineuse répandant une odeur fétide lorsqu'elle était projetée sur un charbon ardent.

On avait présumé au premier aspect que cette matière pouvait être de l'oxide blanc d'arsenic; cependant examinée à la loupe, elle nous a offert des cristaux de la plus parfaite transparence et d'une grande netteté dans leurs formes; ils offraient très-distinctement des prismes tétraèdres courts terminés par des pyramides à deux, trois ou quatre faces. Ces cristaux incolores et limpides, exposés à l'air perdent une partie de leur transparence. Ils ne sont pas sensiblement solubles dans l'eau. L'acide nitrique affaibli et chaud les dissout facilement avec une très-légère effervescence; l'ammoniaque versée dans cette liqueur y forme un précipité blanc qui disparaît par l'acide sulfurique dilué. Exposés à la chaleur sur une feuille de platine, ils perdent leur transparence et finissent par se fondre en un résidu grisâtre. Un de ces cristaux exposé au chalumeau à l'extrémité d'un fil de platine s'est fondu en un globule très-blanc, semblable à de l'émail. Avec la potasse ils répandent une odeur ammoniacale et laissent de la magnésie.

Chauffés dans un tube de verre avec un peu d'acide chlorhydrique, ils donnent un sublimé de sel ammoniaque. Traités au chalumeau avec du nitrate de cobalt, ils produisent une matière vitreuse, rougeâtre; et avec l'acide borique et le fer ils laissent du phosphure de fer.

D'après ces propriétés, il est évident que les cristaux dont il s'agit, ne sont autre chose que du phosphate ammoniaco-magnésien. Reste maintenant à savoir si ce sel double existe naturellement dans les excrémens,

humains, ou s'il y a pris naissance par suite d'un développement d'ammoniaque ; ce qu'il y a de certain, c'est que, les excrémens d'où il provenait rougissaient d'une manière très-prononcée le papier teint par le tournesol. Au surplus, le même sel forme quelquefois, comme on le sait, des calculs d'un volume énorme dans les intestins des herbivores, et même dans ceux des carnivores.

On a fait souvent mention de grains simulant l'arsenic, trouvés dans l'estomac ou les intestins de l'homme. Ainsi on en a cité qui étaient d'un blanc opaque, d'autres plus ou moins transparens et cristallins ; ceux-ci d'abord pris pour du sulfate de baryte, ont fait ensuite le sujet des observations de MM. Denis, Henri et Guibourt ; mais ces chimistes ne se sont point prononcés d'une manière définitive sur leur véritable composition, les ayant employés en grande partie à y rechercher inutilement la présence de l'arsenic. J'ai aussi une seule fois eu occasion d'observer ces mêmes cristaux dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic ; mais j'en avais si peu à ma disposition que je n'ai pu en faire l'objet de recherches un peu étendues, ils avaient d'ailleurs un aspect semblable à ceux dont je viens d'exposer les caractères ; mais leur composition n'était point la même. L'acide nitrique affaibli et chaud les dissolvait pareillement ; mais le précipité floconneux, abondant, formé dans cette liqueur par l'ammoniaque, était insoluble dans l'acide sulfurique, qui la convertit en une quantité remarquable de sulfate de chaux. Ces mêmes cristaux se sont aussi très-aisément fondus au chalumeau en un globule blanc opaque. D'où j'ai conclu qu'ils étaient formés de phosphate de chaux neutre, sel qui n'avait pas encore été trouvé cristallisé dans les produits organiques, si ce n'est fort rarement dans certains calculs urinaires.

Nancy, 2 mars 1835.

ANALYSE

De deux concrétions trouvées dans l'articulation du genou d'un vieillard ; par M. Lassaigne.

Guyton et Fourcroy sont, à ma connaissance, les chimistes qui, pour la première fois, en 1782, analysèrent des concrétions arthritiques, et annoncèrent d'abord qu'elles étaient formées de phosphate de chaux (Guyton, *Encyclop. mét. méd.*, t. 4, p. 302 ; Fourcroy, *Mém. de la Soc. roy de méd., de Paris*, 1782-1783, p. 488).

En 1797, Wollaston démontra que la substance qui composait ces concrétions était de l'*urate de soude*, et tous les chimistes qui eurent, depuis cette époque, l'occasion d'en soumettre à l'analyse, confirmèrent ce dernier résultat. Fourcroy lui-même, quelques années après la découverte de Wollaston, reconnut la présence de cet urate dans une concrétion extraite de l'orteil d'un homme de 50 ans (*Syst. des Conn. chim.*), observation qui a été ensuite confirmée par un travail qu'il fit en commun avec Vauquelin. Enfin, M. Vogel, professeur à Munich, a fait observer en 1813 que ces concrétions renfermaient quelquefois de l'*urate de chaux*.

Bien qu'il soit aujourd'hui bien constaté, d'après ce que nous venons d'exposer, que les concrétions qu'on rencontre chez l'homme dans les articulations, présentent presque toujours la composition qui a été indiquée d'abord par Wollaston, et confirmée par les chimistes qui sont venus après lui, il n'en est pas moins démontré, par le fait observé par Guyton et Fourcroy en 1782, et par celui que je publie dans cette note, que ces concrétions peuvent quelquefois (et c'est peut-être un cas rare) offrir une composition différente, et se rapprocher plus ou moins de celles analysées par Fourcroy et Guyton. C'est, en effet, ce que démontre l'exemple que nous allons citer.

M. le docteur Manec, chef des travaux anatomiques à l'hospice de la Pitié, me remit dernièrement deux petites concrétions blanchâtres, très-dures et aplaties, qui avaient été trouvées flottantes dans l'articulation du genou, lors de la dissection d'un cadavre d'homme âgé d'environ 70 ans.

Ces deux concrétions étant à-peu-près égales et présentant le même aspect, l'une d'elles seulement, du poids de 0,150 gramm., a été soumise aux expériences chimiques propres à faire connaître sa véritable composition.

1° La substance de ces concrétions n'est soluble dans l'eau ni à froid, ni à chaud, ainsi que dans l'alcool à aucune température.

2° La solution de potasse caustique n'a aucune action sur elle.

3° Une portion de cette concrétion, chauffée doucement avec de l'acide nitrique, a jauni peu à peu sans produire aucune coloration rouge indiquant la présence de l'acide urique, ce qui était déjà démontré plus haut par la non-solubilité de la concrétion dans la solution de potasse.

4° L'acide hydrochlorique étendu d'eau, mis en digestion avec celle-ci, la ramollit en la dissolvant en partie avec une légère effervescence, et en laissant une matière animale blanche demi-transparente. Cette matière, soumise à l'action de l'eau bouillante, a fini par se dissoudre en se transformant en gélatine.

5° L'acide hydrochlorique qui avait servi au traitement d'une portion de cette concrétion, saturé par l'ammoniaque, a laissé précipiter, sous forme de flocons gélatineux demi-transparens, du sous-phosphate de chaux ; la liqueur d'où ce sel a été isolé démontrait, par l'oxalate d'ammoniaque, la présence de la chaux qui, avant la dissolution, préexistait dans la concrétion à l'état de carbonate.

Les quantités de principes énoncés ci-dessus ont été déterminées par la calcination d'une petite portion de concrétion et la dissolution du résidu dans l'acide hydrochlorique, en précipitant ensuite le sous-phosphate de chaux par l'ammoniaque.

Il résulte donc, des essais que nous avons entrepris

sur l'analyse de ces concrétions, qu'elles sont composées de

Matière animale soluble dans l'eau bouillante.	37,2
Sous-phosphate de chaux.	49,9
Carbonate de chaux.	12,9
	100,0

On ne peut se dispenser de rapprocher ces concrétions, trouvées dans l'articulation du genou, des *concrétions osseuses* qui se rencontrent si fréquemment dans l'économie animale, mais qui sont rares, si on les considère comme des concrétions trouvées flottantes entre les capsules synoviales du genou chez l'homme.

DU CARRAGAHEEN

Et formules de plusieurs composés dont il est la base médicamenteuse ; par M. Béral.

Le carragaheen, fucus-crispus de Linné, est le *pearl moss* des Anglais, ou mousse perlée d'Irlande. M. Guibourt en a donné la description dans le numéro de novembre de l'année 1832.

Tel que le commerce nous l'offre, il est sec, crispé, d'un blanc jaunâtre, d'un aspect corné. Sa saveur est fade, mais non désagréable, son odeur presque nulle.

Lorsqu'on plonge le carragaheen dans l'eau, il s'y gonfle, et en absorbe trois fois son poids en cinq minutes, et sept fois en moins d'une heure. Ainsi imprégné d'eau, il est blanc et gélatineux. C'est une des substances les plus mucilagineuses du règne végétal.

La mousse d'Irlande est à la fois analeptique et médicamenteuse ; on en fait usage dans les cas de phthisie pulmonaire et de débilité générale, ainsi que dans la dysenterie et la diarrhée chroniques. On l'emploie en décoction, é l'état de mucilage ou sous la forme de gelée.

HYDROLATURE

de Carragaheen.

Prenez :	Eau commune.	3 livres.
	Mousse d'Irlande incisée.	1/2 once.

Mettez le carragaheen et l'eau dans un poëlon, et faites les bouillir pendant un quart-d'heure. Versez alors la décoction sur un tissu de laine peu serré, et exprimez le marc. Vous obtiendrez d'hydrolature environ 2 liv.

TISANE

de Carragaheen.

Prenez :	Hydrolature ci-dessus.	30 onces.
	Sirop de gomme arabique à la fleur d'oranger.	2 onces.

Mêlez.

Observations. Lorsqu'un médecin prescrit une tisane de racine de guimauve, de feuilles d'oranger ou toute autre, le pharmacien est embarrassé, ne sachant s'il doit délivrer une simple décoction ou infusion de ces substances, ou ces mêmes liquides additionnés de sucre. Pour faire cesser cette incertitude, nous avons déjà proposé d'employer exclusivement le mot tisane, pour désigner les teintures aqueuses saccharidées. Nous persistons dans cette proposition.

MUCILAGE

de Carragaheen.

Prenez :	Eau commune.	3 livres.
	Mousse marine perlée.	1 once.

Pesez l'eau dans une bassine, ajoutez-y la mousse, et faites bouillir pendant 15 à 20 minutes. Retirez alors la bassine de feu, et faites passer par portions, le liquide mucilagineux au travers d'un linge de laine peu serré, en exprimant le marc à chaque fois. La quantité sera de. 2 liv.

Ce mucilage est presque incolore, et quoiqu'il résulte de l'action de 30 parties d'eau sur une de fucus, il a autant de consistance que celui de gomme arabique qui contient dix fois moins d'excipient. Mêlé avec son poids d'alcool, chauffé et mis ensuite à refroidir, il prend une consistance gélatineuse sans perdre de sa limpidité.

L'alcool qui forme un précipité abondant dans les solutions aqueuses de gomme arabique et de gélatine de lichen d'Islande, n'a presque pas d'action sur le principe mucilagineux du fucus crispus.

GELÉE

de Carragaheen.

Prenez :	Mucilage de mousse d'Irlande.	5 onces.
	Sucre en poudre grossière.	4 onces.

Pesez dans un poëlon d'argent, et faites bouillir sur un feu modéré pendant le temps nécessaire pour réduire le mélange à. 8 onces.

Enlevez l'écume, coulez dans un pot, et laissez refroidir.

On ne fait entrer qu'un gros et demi de carragaheen dans la composition de ces 8 onces de gelée, une quantité plus grande la rendrait glutineuse. On est dans l'usage de l'aromatiser avec 50 gouttes d'alcoolat de citrons.

LAIT ANALEPTIQUE

de Thodunter.

Prenez :	Lait de vache.	24 onces.
	Carrahgaeen incisé.	4 scrup.
	Sucre blanc.	8 gros.
	Cannelle contuse.	1 scrup.

Faites bouillir pendant dix minutes en ménageant le feu, passez et exprimez le marc.

On peut supprimer le sucre et la cannelle, et ajouter à la colature une once et demie d'eau de fleur d'oranger.

Cette préparation, mise à refroidir, prend une consistance gélatineuse, peut être servie sur les tables, et être mangée comme les crêmes.

NOTE

Sur la décomposition du cyanure de mercure par le fer; par M. Guibourt.

Ayant dernièrement émis l'opinion que la décomposition du bleu de Prusse par l'oxide rouge de mercure, dans la préparation du cyanure de mercure ou de l'acide prussique de Scheele, devait être opérée dans une capsule de porcelaine, et non dans une chaudière de fer, afin de mettre le cyanure de mercure formé à l'abri de l'action réductive du fer, je vis plusieurs personnes persuadées que le fer ne devait avoir aucune action sur le cyanure mercuriel, et m'objecter d'ailleurs que ce dernier se préparait ordinairement dans des vases de fer.

Je cherchai en vain depuis ce qui avait donné lieu à cette opinion que le fer ne décomposait pas le cyanure de mercure : je ne vis le fait écrit nulle part; et je trouvai, au contraire, que Scheele avait annoncé la réduction lente, à la vérité, de ce cyanure, par les métaux inférieurs. Pour décider la question, je mis dans un verre à pied un cristal de cyanure de mercure avec de l'eau distillée, et lorsque le sel fut dissout, j'y plongeai une lame de fer. Peu d'heures après, je vis sur le fer des points d'oxidation, et la liqueur agitée prit une teinte ocracée. Le lendemain, l'oxidation du fer avait fait de grands progrès, et la liqueur avait acquis une odeur manifeste d'acide hydrocyanique. L'action a été continuée pendant quatre jours : alors le fer se trouvait oxidé sur presque toute sa surface, corrodé sur plusieurs points, et offrait à ces derniers endroits une couleur noire bleuâtre indiquant la formation du bleu de Prusse. La liqueur exhalait une forte odeur hydrocyanique, et contenait beaucoup d'oxide de fer en suspension; enfin, sur la partie inférieure de la lame de fer et au fond du verre, on observait une grande quantité de globules de mercure.

La liqueur a été agitée et jetée sur un filtre : les globules sont restés au fond du verre; l'oxide ocracé a été retenu par le filtre, et la liqueur a passé incolore. Elle était sans action sur le sirop de violettes; la potasse caustique lui faisait prendre une odeur de lessive, mais n'en dégageait pas d'ammoniaque : évaporée à siccité, elle a laissé une portion notable de cyanure de mercure non décomposé.

La matière ocracée, restée sur le filtre, a été traitée par de l'eau aiguisée d'acide hydrochlorique; le peroxide de fer ayant été dissout de cette manière, il est resté une matière insoluble d'un bleu verdâtre et noirâtre, qui blanchissait le cuivre, et qui était un mélange de bleu de Prusse et de mercure très-divisé.

Il résulte de cette expérience que, lorsqu'on laisse du fer en contact avec une solution de cyanure de mercure, l'eau se trouve décomposée : son oxigène oxide le fer, son hydrogène s'empare du cyanogène, et le mercure se trouve réduit. Mais cette action est lente, comme l'a dit Scheele, tandis qu'elle est instantanée, lorsqu'on y ajoute un peu d'acide sulfurique, parce qu'ici, aux forces qui agissent dans le premier cas, se joint l'affinité puissante de l'acide pour le protoxide de fer. Dans le premier cas, une partie de cet oxide reste libre, et passe directement à l'état de peroxide par l'action de l'air; l'autre se combine à l'acide hydrocyanique, et forme subséquemment du bleu de Prusse.

Au total, le fer décompose le cyanure de mercure : si, cependant, on prépare souvent, sans grand inconvénient, ce cyanure dans un vase de fer, c'est que la couche d'oxide qui le recouvre ordinairement dans ces laborations, met le cyanure à l'abri de l'action du fer métallique.

Je pense, malgré cela, qu'il est préférable de se servir de porcelaine ou de terre vernissée que j'ai souvent employée pour cette opération.

REVUE DES NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Note sur une mine de zinc du puig cabrera (pyrénées orientales), par M. Bouis, de Perpignan.

Au sud du puig Cabrera, sur la droite de la route d'Arles à Prats de Mollo, se trouvent plusieurs filons métallifères. L'un de ces filons fournit un minerai dont la nature, complètement inconnue jusqu'à ce jour, avait donné lieu à des suppositions plus ou moins erronées. Les ouvriers mineurs l'appelaient *mène folle*, mine folle. A côté de ce filon, s'en trouve un second, que l'on a exploité comme mine de fer. Ce dernier minerai, traité par les procédés ordinaires des forges à la Catalane, fournissait toujours un *massé* de fer, se brisant encore rouge sous le choc du marteau. Ce caractère vicieux, qui a amené l'abandon des travaux d'exploitation, était attribué au soufre ou à quelque autre substance provenant du mélange d'un minerai de même nature que celui du premier filon avec du bon minerai de fer, association assez commune dans le second filon. Pour connaître enfin la composition du minerai, dit *mène folle*, MM. Matillo, de Prats, propriétaires de ces mines, et qui m'ont donné les renseignemens qui précèdent, m'en remirent quelques échantillons.

L'analyse ayant fait classer ce minerai parmi ceux de zinc à l'état de blende brune lamellaire, accompagnée d'une gangue calaminaire ferrique brune et jaune, c'est pour la première fois, je crois, qu'on signale un gisement de zinc dans ce département. Jusqu'à présent, on y avait seulement reconnu des mines de fer, de cuivre

et de plomb. Sur le témoignage d'anciens auteurs, on y suppose l'existence de mines d'argent. Si le fait est vrai, il est probable qu'on a voulu désigner des gisemens de plomb sulfuré, tenant argent, comme le sont presque tous ces minerais de plomb.

La blende de Cabrera est d'une couleur brune à l'extérieur; sa cassure fraîche est écailleuse, à petites lames entrelacées d'un brillant métallique grisâtre qui tire sur le brun; on découvre quelquefois des faces planes, unies, faiblement miroitantes; elle est sans action sur une aiguille aimantée, et s'électrise par la chaleur; elle n'est point scintillante avec le briquet. Des échantillons, sans parties cellulaires apparentes, ont pesé 3,85; d'autres, avec des parties cellulaires, ont donné de 3,2 à 3,6. Par sa pulvérisation, elle se change en une poudre brune et terne; celle-ci fait une légère effervescence avec l'acide sulfurique; il y a en même temps faible dégagement de gaz hépatique. Cette effervescence est plus ou moins forte, selon que l'on a séparé plus ou moins exactement la blende de sa gangue, qui est très-effervescente.

La blende pulvérisée est attaquée avec une grande énergie par l'acide nitrique; aussitôt après le contact, il y a une vive réaction, avec un dégagement très-abondant de vapeurs rutilantes. La poudre s'agglomère, et vient à la surface du liquide sous forme de pâte spongieuse de couleur grisâtre. Cette agglomération provient de l'abondance de soufre séparé de la combinaison. L'eau régale l'attaque avec la même force. Ces liqueurs acides donnent, avec un excès d'ammoniaque, un précipité de fer peroxidé avec des traces de manganèse. Le liquide ammoniacal, obtenu après filtration, neutralisé exactement par unacide, est ensuite précipité en blanc par l'hydrogène sulfuré, le ferrocyanure de potassium, la teinture de noix de galles, le carbonate de potasse, le carbonate de soude; le même liquide donne, avec l'ammoniaque, le carbonate d'ammoniaque, la potasse caustique, lasoude caustique, des précipités blancs gélatineux, redissous en totalité par un excès de ces réactifs précipitans. La présence du zinc ainsi constatée, on a adoptéle procédé d'analyse suivant:

Cinq grammes de minerai, contenant encore un peu de gangue, exposés à une chaleur modérée, ont perdu 0,21, dus à un dégagement d'eau et d'acide carbonique. A une température plus élevée et suffisamment continuée, il y aurait perte de soufre.

Les 4,79 restant ont été traités à trois reprises par de nouvelle eau régale, en ayant le soin, chaque fois, de verser le mélange dans un mortier en porcelaine; de séparer la portion liquide, et de broyer alors le résidu solide de manière à dégager le minerai, non attaqué par l'acide, de l'enveloppe de soufre rendu libre, qui le recouvre et le préserve en partie de l'action de ce dissolvant.

Les liqueurs acides réunies à l'eau des lavages de ce qui est demeuré insoluble, on a déterminé la proportion de soufre qui s'est divisé en deux parties, l'une acidifiée, la seconde à l'état libre. Ces liqueurs, précipitées par le chlorure de barium, ont donné 3,37 sulfate de barite calciné, qui représente 1,158 acide sulfurique ou 0,465 soufre. Le résidu insoluble dans l'eau régale, contenant le soufre séparé de sa combinaison, a pesé 1,16 après sa parfaite dessication; chauffant alors jusqu'à enflammer ce soufre, il est resté, après la combustion, 0,14 de silice légèrement colorée en brun. On a donc 1,485 pour la proportion totale du soufre.

Cinq grammes de nouveau minerai, également traités par l'eau régale, ont donné une dissolution, d'où l'on a séparé, par un excès d'ammoniaque, un précipité jaune d'oxide de fer, qui a pesé, après sa dessication et la calcination, après avoir été humecté avec de l'acide nitrique, 1 gr 1. Cette quantité d'oxide ferrique représente 0,762 de fer.

Le liquide ammoniacal, séparé de l'oxide de fer, a été évaporé dans une capsule de porcelaine, en y ajoutant un excès de carbonate de potasse. Après l'évaporation à siccité, on a traité le résidu par l'eau bouillante; il est resté 2,86 de matière insoluble. Celle-ci, soumise à l'action de l'ammoniaque, il y a eu 0,06 de silice indissous, et 2,8 d'oxide de zinc en dissolution.

Ces 2,8 d'oxide de zinc, séparés de nouveau de l'ammoniaque par l'évaporation et la calcination, équivalent à 2,243 zinc. Les 0,06 de silice précédemment trouvés, donnent pour ce composé un total de 0,2.

En réunissant ces divers résultats, on trouve dans la composition de 5 grammes :

Zinc.	2,243
Fer.	0,762
Soufre.	1,485
Silice.	0,200
Eau et acide carbonique.	0,210
	4,900

Dans cette analyse, le fer et le zinc sont dosés à l'état métallique; il y en a cependant une petite partie sous forme d'oxide dans le minerai analysé, et provenant de sa gangue.

Pour rectifier ces premiers résultats, il faut rechercher dans quelles proportions ces deux métaux sont unis au soufre, dont la totalité constitue des sulfures. Le rapport qui paraît se rapprocher le plus des résultats d'analyse, est celui de 1 atome de soufre uni à 1 atome de fer, 3 atomes de fer unis à 3 atomes de zinc; ce qui donne 0,993 sulfure de fer, et 3,350 sulfure de zinc : le premier, composé de 0,37 soufre et 0,623 fer; le second, de 1,115 soufre et 2,235 zinc. Il y a ainsi, en plus, 0,139 fer, qui représentent 0,200 peroxide de fer, et 0,008 zinc, équivalant à 0,01 oxide de zinc. D'où 5 grammes de minerai analysé seraient composés de :

Sulfure de zinc.	3,350	—	67,000
Sulfure de fer.	0,993	—	19,860
Oxide de zinc.	0,008	—	0,160
Oxide ferrique.	0,200	—	4,000

Silice.	0,200 —	4,000
Eau et acide carbonique.	0,210 —	4,200
Perte.	0,039 —	0,780
	5,000 —	100,000

La blende pure sera ainsi composée de:

3 atomes sulfure de zinc.	1813,173 —	77,045
1 atome sulfure de fer.	540,370 —	22,955
	2353,543 —	100,000

et sa formule, 3 S Z n + S F e.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'onanisme et des autres abus vénériens, considérés dans leurs rapports avec la santé; par M. le Dr. L. Deslandes. 1 vol. in-8°, de 563 pages. — 1835.

L'un des reproches les mieux fondés que mérite généralement la littérature médicale française du dix-neuvième siècle, c'est de laisser une grande lacune dans la recherche des causes occasionnelles des maladies; et cependant quel sujet plus philosophique et plus important que celui de remonter à l'origine des états pathologiques, pour apprendre à les prévenir et les traiter plus efficacement! Au lieu de persévérer et d'avancer dans la voie étiologique, on a réduit la pathologie à des groupes de symptômes rapprochés d'altérations cadavériques, sans s'occuper des circonstances hygiéniques qui ont troublé la santé. Médecins, anatomistes et physiologistes se sont, pour la plupart, accordés avec les antiques sectes empirique et méthodique, pour proclamer que de l'étude des causes éloignées de maladie, naissait une philosophie conjecturale, nébuleuse, stérile; qu'appelé auprès d'un malade, il suffisait d'apprécier l'état anatomique et physiologique, sans s'enquérir le moins du monde des antécédens.

L'ouvrage que nous allons analyser annonce, par son titre seul, qu'il ne participe pas au défaut que nous reprochons généralement à la littérature médicale de l'époque : car en cherchant les rapports qui existent entre l'usage et l'abus des organes de la génération et la santé, la cause et l'effet sont inséparables.

Chacun sait combien est grande, dans l'étiologie des infirmités humaines, la part de l'onanisme et des autres excès vénériens; il est peu de maladies chroniques qui ne puissent les compter parmi leurs causes directes et influentes. Mais ces notions toutes isolées laissent au praticien des souvenirs trop vagues qui empêchent d'apprécier à sa valeur l'influence de l'appareil génital à l'état passif, actif et désordonné, sur la santé de l'un et de l'autre sexe. De là est né le besoin de monographies sur ce délicat et important sujet. On connait la vogue qu'eut, dans les classes éclairées de la société, l'ouvrage de Tissot sur l'onanisme, vers la fin du siècle dernier. Depuis que le médecin de Lausanne a réuni, sous ce point de vue, les observations et les opinions de ses prédécesseurs et contemporains, en y ajoutant le poids de sa propre expérience, de nouveaux faits, de nouveaux aperçus ont été séparément publiés, et l'estimable livre de Tissot ne représente plus, sur son objet, l'état actuel de la science. D'ailleurs on ne saurait douter que dans une louable intention, Tissot n'ait plutôt cherché à effrayer qu'à instruire, et, sous ce rapport, son traité, sans être indigne des médecins, était manifestement destiné à inspirer de salutaires terreurs à la jeunesse et aux gens du monde. Malheureusement un cachet d'exagération attaché à tant de tristes réalités, a été cause que tantôt le but n'a pas été atteint et d'autres fois dépassé.

Reprenant le même sujet, M. Deslandes connaissait les défauts du traité de Tissot, et il a su les éviter. « Je n'ai eu qu'un seul but, dit-il, celui de faire un exposé, selon la science, des suites que les abus vénériens peuvent avoir, et des règles qui se rattachent à ces abus.... dire la vérité entière sur mon sujet et la dire clairement, voilà tout ce que j'ai voulu : je ne m'adresse qu'aux lecteurs qui la désirent et peuvent la comprendre; ceux-là qui me liront se trouveront donc traités, s'ils sont gens du monde, comme des médecins, et, si ce sont des jeunes gens, comme des hommes. »

Après avoir unanimement reconnu les dangers attachés aux abus des organes de la génération et plus spécialement à l'onanisme, les médecins ont beaucoup varié sur le degré et la proportion des maux que ces excès engendraient. M. Deslandes nous paraît avoir signalé, avec justesse, la cause de cette diversité d'opinions, dans les différentes méthodes d'observer et d'induire. Nous pensons comme lui que l'usage mal dirigé ou trop restreint de la méthode expérimentale, de l'observation directe qui est d'ailleurs la source de nos connaissances les plus positives, conduit trop souvent à des jugemens précipités, à de fausses conclusions. C'est ainsi que tant de jeunes gens livrés à l'onanisme, sont dans une fallacieuse sécurité sur les conséquences de ce vice, alors même qu'il mine sourdement leur constitution, qu'il leur prépare une fin prématurée ou une existence infirme, et cela parce que les résultats immédiats n'ont pas été sensibles. Les médecins sont souvent tombés dans la même erreur; en ne remontant pas à l'origine éloignée d'affections présentes, ils ont absous l'onanisme de maux qu'il avait réellement préparés ou directement produits.

Convaincu, par ces motifs, que les suites des abus vénériens, échappaient fréquemment à l'observation, M. Deslandes a pensé que, pour en apprécier les conséquences pernicieuses, il ne suffisait pas de compter les victimes, attendu qu'un trop grand nombre passait inaperçu, qu'il fallait encore procéder *à priori*. « L'observation des maladies causées par la masturbation, dit-il, a pour utilité principale de déterminer *quelles sont celles qu'elle peut produire et quelle est la fréquence relative de chacune d'elles..... Le mal que ces abus font ne peut être évalué que d'après celui qu'ils peuvent faire.* » Ces propositions que M. Deslandes regarde comme fort importantes et qu'il développe longuement, le conduisent à examiner quelle est l'influence, sur l'ensemble de l'économie animale, de l'appareil génital considéré à l'état de *repos*, d'*éveil* et d'*action*.

A l'état de repos, c'est-à-dire quand ils se bornent à vivre sans se révéler par aucune sensation spéciale, sans se disposer ou procéder à l'acte vénérien, les organes de la génération

exercent sur tout l'individu une grande puissance qui se manifeste de plusieurs manières. M. Deslandes établit judicieusement, à ce propos, un parallèle entre l'homme complet, l'eunuque, l'hermaphrodite, et entre les deux sexes; et il fait ressortir combien la présence, l'absence, l'organisation monstrueuse, et la seule différence normale de l'appareil génital, impriment de profondes modifications au physique comme au moral de l'homme et de la femme. Les âges, et notamment ce qui se passe à l'époque où les organes de la génération acquièrent ou perdent la faculté de procréer, fournissent d'autres preuves de leur influence occulte et puissante. Voilà donc un appareil organique qui semble enté sur le corps uniquement pour la fonction spéciale à laquelle tient la conservation de l'espèce, et qui, dans l'état du plus profond sommeil, fait sentir sa présence sur tous les points de l'organisation. Qu'on songe maintenant s'il est possible d'ébranler prématurément et sans réserve un appareil organique si influent sans compromettre la santé générale.

A l'état d'éveil et d'action, c'est-à-dire quand ils sollicitent ou procèdent à l'acte vénérien, les organes génitaux manifestent leur puissance d'une manière si ostensible, si violente, sans compter ce qui se passe et ne se voit pas dans l'intimité des tissus et des humeurs, qu'il est aisé de concevoir combien la réitération déréglée de pareils actes peut épuiser les forces de la vie. Après avoir tracé un tableau énergique et ressemblant des phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent les pollutions manuelles et le coït, M. Deslandes s'exprime en ces termes : « Comprend-on maintenant toute la puissance de l'acte vénérien? Or, quand on songe qu'elle est toute entière à la discrétion des individus, à leur discrétion ! qu'un attrait qui a toute la force d'un besoin les sollicite, les presse d'en user et d'en abuser ; que la faculté qu'ils ont de se jeter dans l'état de tourmente que je viens de décrire, n'a presque d'autre limite que leur volonté; qu'ils peuvent, si le moyen le plus légitime, le concours des sexes, leur manque, trouver en eux des ressources qui ne manquent jamais ; quand on songe, dis-je, à tout cela, on peut affirmer sans crainte qu'une grande partie des détériorations, des incommodités et des maladies qui affligent notre espèce, lui viennent des excès vénériens. »

Il est des circonstances qui rendent l'acte vénérien plus ou moins nuisible à la constitution et à la santé. Les unes tiennent à l'acte vénérien lui-même, les autres lui sont étrangères. Parmi les premières, il convient de signaler l'ardeur ou l'indifférence avec lesquelles on y est porté. La faculté qu'il a de nuire est, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de la force et de la durée de l'excitation qui l'accompagnent. Aussi les femmes qui, quoi qu'on en ait dit, ont les organes de la génération beaucoup moins excitables et voluptueux que l'homme, supportent-elles mieux l'acte vénérien, sans que cette immunité tienne à la non émission d'une liqueur prolifique.

La part du sens vénérien étant ainsi appréciée, s'offrent les circonstances qui font varier les conséquences de son exercice. Premièrement les âges, et l'on n'ignore pas que c'est malheureusement aux époques de la vie où le corps se développe et se constitue, dans l'enfance, la puberté, l'adolescence, que l'onanisme et tous les abus vénériens sont les plus fréquens. Et comment ne pas s'alarmer de leurs conséquences! Que de constitutions naturellement saines et robustes sont alors ruinées sans retour! Aussi les législateurs et les philosophes se sont-ils accordés pour recommander la continence dans les premiers âges de la vie. « Licurgue défendait aux hommes de se marier avant trente-sept ans ; Platon voulait que tout enfant procréé par une femme au-dessous de vingt-ans et un homme au-dessous de trente, fût marqué d'infamie ; et les anciens Gaulois, dit Montaigne, estimaient à extresme reproche d'avoir eu acointance de femme avant l'âge de vingt ans. » Rousseau raisonnait de la même manière. A l'appui des maximes de ces précepteurs du genre humain, M. Deslandes cite les tableaux statistiques de MM. Quetelet et Villermé, sur le développement que prend annuellement le corps de l'homme, et l'on y voit que c'est justement à l'époque où se développant le plus, il aurait le plus besoin de ménagement et de toute sa substance, que le corps est le plus exposé aux excès vénériens. L'âge mûr, qui est le plus apte à les supporter, n'est pas cependant à l'abri des excès de cette espèce. Quant à la vieillesse elle ne saurait trop se tenir en garde contre des plaisirs dont la saison est passée. Ce chapitre est terminé par des considérations sur l'influence de l'acte vénérien après le repas, pendant la menstruation, la grossesse et l'allaitement ; quand il coïncide avec l'action de diverses causes de maladie et pendant l'état de maladie.

La physiologie et l'hygiène de l'appareil et du sens génital, considérés dans leurs rapports avec la constitution entière, ayant été exposées dans les deux premiers chapitres, M. Deslandes s'occupe des symptômes et des maladies qui résultent des excès vénériens. Il divise cet état pathologique en deux catégories. Dans la première il traite des symptômes spéciaux des excès vénériens, puis des maladies qui en sont ou peuvent en être la suite, bien entendu sans doute que l'épuisement vénérien est déjà une maladie qui devient cause de beaucoup d'autres.

Arétée, avec ce style à la fois abondant, concis et souvent pittoresque qui le distingue, a tracé un admirable tableau de l'épuisement vénérien. « En nous communiquant la vie, dit ce sublime monographe, la semence nous donne la chaleur, la force, le courage, la voix mâle, les poils, enfin ce qui constitue la virilité ; elle aide puissamment la santé et l'intelligence. Quand la perte maladive de cette liqueur ou les excès en ont privé le jeune homme, il revêt l'aspect d'un eunuque ou d'un vieillard ; il est paresseux, accablé, sans âme, engourdi, stupide, faible, recourbé, lâche, pâle, blanc, efféminé, imberbe, glabre ; sa voix est aiguë, il est sans appétit, froid ; ses membres sont lourds, ses jambes impuissantes ; il est languissant impropre à tout. Cet état conduit souvent à la paralysie. (*De seminis profluvio.*)

M. Deslandes se montre observateur habile et pénétrant en exposant le cortége nombreux des symptômes spéciaux qui dénotent l'abus des jouissances vénériennes, et il appuie ses aperçus, pleins de finesse et d'exactitude, d'observations remarquables. Les mœurs et les apparences du masturbateur, non moins que les altérations physiques qui le tourmentent, y sont habilement dévoilées. Et de quelle difficulté, de quelle importance n'est pas le diagnostic dans des cas

semblables, lorsque le langage dissimulé de l'onaniaque et le vague des symptômes conspirent ensemble pour donner le change au médecin, et que, d'autre part, de ce diagnostic seul peuvent découler les conseils les plus efficaces! On consultera certainement avec fruit les fines et judicieuses remarques de notre auteur sur les caractères physiques, la physionomie, le maintien, les habitudes propres aux masturbateurs.

Lorsque les sujets livrés à l'onanisme n'en offrent que les signes particuliers, tout leur organisme est assurément en souffrance; mais on serait souvent embarrassé pour désigner un organe plus spécialement affecté, et ce qui n'est pas moins remarquable, c'est qu'à ce période, le rétablissement de la santé peut avoir lieu avec une étonnante rapidité, par la seule cessation du vice. Malheureusement cet état de consomption générale et réparable est un acheminement vers des maux plus profonds et plus rebelles aux moyens curatifs. C'est ici surtout que M. Deslandes tient sa promesse de *faire un exposé selon la science des suites que les abus vénériens peuvent avoir*. On ne le voit point préoccupé d'effrayer un coupable lecteur par une recherche affectée de tableaux sinistres; c'est un médecin qui parle à des médecins, et les faits qu'il rapporte, scientifiquement présentés, sont assez curieux pour instruire les gens de l'art, assez frappans pour corriger les gens du monde. Par un choix abondant et judicieux d'observations et de remarques, où l'érudition et la pratique se prêtent un réciproque appui, M. Deslandes expose, parmi les maladies qu'on a vues résulter des excès vénériens, l'apoplexie du cerveau et du cervelet; les affections chroniques du cerveau, de ses membranes et du cervelet; l'épilepsie; la danse de St.-Guy, les aliénations mentales; les affections de la moelle épinière; la consomption dorsale; la carie vertébrale, la contracture des extrémités inférieures; la perte ou l'affaiblissement de l'ouïe et de la vue; les strabismes et autres affections des muscles de l'œil, les douleurs névralgiques et rhumatismales; la goutte; les hémorrhoïdes; les scrophules; les tubercules, la phthisie tuberculeuse, l'asthme; les maladies du cœur et des gros vaisseaux; le rachitisme; la friabilité des os; les fièvres aiguës; le satyriasis et la nymphomanie; les névroses utérines; le priapisme; l'insensibilité et l'impuissance des organes générateurs; l'introduction de corps étrangers dans le canal de l'urètre chez l'homme; les mutilations du membre viril, son incarcération dans des corps étrangers; le paraphymosis; l'*herpes preputialis*; la balanite, la blennorrhagie; l'incontinence d'urine; les spermatorrhées ou pollutions nocturnes et diurnes, qu'il distingue par les qualifications de convulsives et non convulsives; les maladies des testicules, l'hydrocèle, varicocèle, cirsocèle; les maladies du clitoris; l'inflammation de la muqueuse vulvo-vaginale; les pollutions chez la femme; les flueurs blanches; les maladies de la matrice; le *prolapsus uteri*; le cancer utérin; les hémorrhagies utérines; l'infécondité; la détérioration des races; les corps étrangers dans le canal urétral de la femme et le vagin. Le chapitre des symptômes spéciaux des abus vénériens et des maladies qui peuvent en être la suite, est riche d'observations bien choisies, bien faites, bien analysées et d'une utilité pratique évidente.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Deslandes a pour objet les *règles de préservation et de traitement relatives aux excès vénériens*. Mais avant tout, il faut s'être assuré de l'existence de cette cause pathologique qui ne produit point d'effets ou de symptômes spécifiques, et ce point essentiel est aussi l'un des plus difficiles quand il s'agit de la masturbation. A ce propos, notre auteur donne de nouveaux préceptes sur l'art de reconnaître qu'une personne se livre à l'onanisme, et dans les remarques qu'il fait la sagacité s'allie à l'adresse. Quant au langage, au maintien du médecin vis-à-vis des masturbateurs, il importe avant tout de leur inspirer de la confiance et de les mettre à l'aise. « Ce n'est pas, dit M. Deslandes, devant un front sévère, ou quand ils s'attendent à une leçon de morale, qu'ils ont de la franchise; il faut que le médecin ne soit avec eux que médecin. Pour lui l'onanisme ne doit être qu'une cause de maladie, c'est-à-dire une chose analogue aux excès de travail, à un régime mauvais, à toute influence, enfin, qui pourrait nuire à la santé. S'il se fait moraliste, on le redoutera, et il n'obtiendra aucune de ces confidences qui lui permettraient d'employer à temps ses conseils et ses ressources. »

Les excès vénériens, causes de tant de maux, ont eux-mêmes leurs causes *directes* ou *indirectes* qu'il est très-important de connaître, puisque la première indication préventive et curative est de *faire que le désir qui porte à se masturber ne vienne pas, ou ne revienne plus, ou ait le moins d'empire possible*.

Les causes directes des désirs vénériens consistent dans des conditions organiques innées ou acquises que M. Deslandes expose avec beaucoup de soin et de détail. Il commence l'examen des causes d'excitation vénérienne par une discussion avec l'école phrénologique du dix-neuvième siècle, qui, comme on sait, place dans le cervelet l'appétit vénérien. Il fait comparaître les faits et les argumens principaux des phrénologistes, et notamment l'expérimentation si large et si heureuse de M. F. Voisin, dans sa visite au bagne de Toulon; mais il n'adopte pas leur opinion exclusive que le cervelet est l'excitateur unique des désirs vénériens. Appréciant à leur juste valeur les travaux de la médecine moderne qui tendent à éclairer le siége des besoins, des instincts, des facultés, il pense, avec l'ancienne école physiologique, que les diverses parties de l'organisme sont plus ou moins, dans une mutuelle dépendance, liées par une commune solidarité, et s'envoient réciproquement des influences, quoiqu'il soit incontestable d'ailleurs que certains organes ont entr'eux des relations plus étroites.

Nous n'avons pas sans doute suffisamment médité la nouvelle physiologie du cerveau, pour que notre opinion puisse être de quelque poids dans cette controverse; mais franchement, en attribuant à cet organe les fonctions les plus nobles, les plus importantes, nous ne comprenons pas qu'on ait voulu en faire un monarque absolu. S'il commande, il reçoit aussi des ordres, et, depuis le viscère essentiel jusqu'à la plus exiguë des fibres, il n'est pas d'élément organique qui ne puisse influencer et maîtriser le cerveau. Je conçois parfaitement qu'on ait cherché à localiser dans ce sublime viscère les aptitudes et les instincts qui n'ont nulle autre part de siége présumable ou connu, les facultés intellec-

tuelles, le penchant au vol, au meurtre, etc. Mais quand nous voyons hors de la cavité cranienne un appareil spécial éminemment influent et sensible et dont l'action spontanée se déploie sous nos yeux ; oh ! alors, il faut pour détruire une opinion universelle et de sens commun, qu'on nous produise des preuves bien puissantes. Comment réduire à la passivité des organes qui, par leur seule présence et dans un état apparent de repos, influent si fortement sur tout l'organisme, comme c'est prouvé, sans réplique, par la castration ? et vous ne voulez pas que ces organes puissent à leur tour commander à l'encéphale, comme le font l'estomac dans la faim, la vessie, le rectum quand ils veulent se vider, etc. Si vous suivez le parallèle, vous verrez qu'il arrive au sens génital pour l'appétit vénérien, ce qui se passe dans le sens gastrique pour l'appétit alimentaire. L'un et l'autre avertiront le centre des perceptions de leurs besoins; et puis, suivant la manière dont seront constitués ou dont on aura élevé l'estomac et l'appareil générateur, vous aurez des besoins variables, réels, factices, capricieux, désordonnés, etc.

Poursuivant l'examen des causes directes et organiques de la propension vénérienne, M. Deslandes passe en revue l'influence de la moelle épinière, des tissus érectiles de l'appareil génital, de la membrane muqueuse génito-urinaire, de l'utérus, des ovaires, des testicules ; de diverses maladies, telles que la goutte, la phthisie, la lèpre tuberculeuse, l'idiotie, le crétinisme, l'hystérie et l'hypocondrie ; concluant d'après des observations bien interprétées, l'auteur reconnaît aux désirs vénériens une pluralité de causes organiques, il leur assigne leur part variable, et il indique les moyens pour combattre chacune d'elles.

Lorsque l'incitation onanique part du cervelet, « ne pourrait-on pas essayer d'appliquer endermiquement des narcotiques dans son voisinage ? Serait-il impossible que la belladone, la thridace, l'opium, etc., introduits de cette manière, eussent un effet avantageux ? Ne serait-on pas aussi dans le même ordre d'idées en prescrivant de laisser la tête nue, en ne lui laissant qu'une chevelure très-courte, surtout à sa partie postérieure, et en substituant à l'oreiller de plume celui de crin ? » Les partisans de la phrénologie ont aussi proposé l'application à la nuque de la glace et des sangsues, et ils n'ont pas manqué sans doute de s'appuyer de cette assertion suspecte d'Hippocrate, que l'impuissance fréquente, disait-il, chez les Scythes, provenait de leur usage de scarifier la base du crâne. Les moyens narcotiques, réfrigérans, antiphlogistiques, pourraient être efficacement appliqués au dos, aux lombes, au périnée quand la moelle épinière est le point de départ de l'excitation génitale.

On a vu l'excision, la cautérisation du clitoris, des nymphes, guérir l'onanisme qui provenait de l'excès d'excitabilité et de développement de ces tissus érectiles. La castration, chez l'homme, pour obtenir la cessation de ce vice, n'est pas proposable, mais on doit chercher à diminuer la vitalité des organes dont l'ablation serait dangereuse. « Ainsi chez certains sujets, on pourrait avec avantage faire des lotions froides ou des applications de glace sur le scrotum et poser des sangsues dans son voisinage. Il convient aussi d'interdire aux jeunes gens tous vêtemens qui pourraient entretenir trop de chaleur dans cette partie. »

Quant aux maladies qui ont été désignées comme ayant une propriété spéciale, ou seulement comme étant accidentellement capables de provoquer l'appétit vénérien, on les soumet à leur traitement ordinaire. On sait que la lèpre tuberculeuse, ou l'éléphantiasis des Grecs, a été particulièrement signalée parmi les états pathologiques qu'accompagne une grande salacité. Ayant été en situation de vérifier si cette assertion était exacte, en interrogeant quantité de lépreux dans les montagnes du Liban et de la Judée, nous pouvons certifier n'avoir obtenu, à cet égard, que les renseignemens les plus équivoques, et cependant ces lépreux, groupés ensemble et isolés des populations qui les ont bannis de leur sein, pourraient trouver, dans cet isolement même, une cause et une occasion de solliciter le sens génital, une compensation à tant d'autres plaisirs sociaux dont le bannissement les prive.

La part des impulsions instinctives congéniales ou accidentelles étant faite, M. Deslandes traite *des choses qui peuvent produire l'excitation vénérienne et des moyens de préservation qui s'y rattachent.* L'influence des saisons s'offre la première à son examen, et il présente à ce sujet une série de faits et de réflexions d'un piquant intérêt. Fort anciennement déjà, et d'après l'observation vulgaire de ce qui se passe chez les espèces animales, le printemps était réputé la saison des amours. La même remarque, pour l'homme, a acquis dans ces derniers temps la certitude d'une donnée statistique bien faite par les travaux séparés de MM. Villermé, Quételet et Smits. Le dépouillement des registres des naissances ayant permis à ces statisticiens habiles de déterminer l'époque des conceptions, ils ont trouvé que le printemps offrait la somme relativement la plus forte. Voici dans quel ordre les mois se sont trouvés rangés, sous ce rapport, par M. Villermé : mai, juin, avril, juillet, février, mars et décembre, janvier, août, novembre, septembre, octobre. Ainsi le trimestre où il y a le plus de conceptions se compose d'avril, mai et juin. C'est aussi l'époque de l'année où d'après les comptes généraux de la justice criminelle, il se commet le plus de viols et d'attentats à la pudeur.

Il est vrai cependant que la fréquence des conceptions humaines, relativement aux mois de l'année, n'est plus la même dans les régions équinoxiales et le voisinage des pôles, que sous la zône tempérée ; mais il est des raisons plausibles à donner de cette différence. D'après des observations bien choisies et des déductions bien faites, M. Deslandes pense que la température naturelle ou artificielle à laquelle sont forcément soumises ou se soumettent volontairement les populations, exerce sur le sens génital une action évidente. « Ces faits établis, dit-il, passons à leurs conséquences : ne prouvent-ils pas qu'un climat factice peut éveiller prématurément ou trop vivement le sens vénérien ? Qu'il ne faut pas se hâter, quand vient l'hiver, de couvrir un jeune homme de vêtemens chauds et multipliés ? qu'on doit éviter de le charger, pendant la nuit, d'un édredon ou de couvertures épaisses ? qu'il convient de l'habituer à braver le froid ? qu'on doit, autant que possible, lui interdire de séjourner trop long-temps dans des appartemens très-chauds et de s'ac-

croupir habituellement près du foyer? Ces préceptes découlent naturellement des observations faites sur l'influence des saisons... Ainsi, donc, soit que nous observions autour de nous l'influence des saisons, ou que nous considérions au loin celle des climats, nous arrivons toujours à cette conséquence, que par une éducation molle, par ces petits soins dont on entoure les jeunes sujets pour les préserver de la moindre impression du froid, on travaille à hâter l'éveil de leurs sens et conséquemment à les en rendre victimes. »

Continuant la recherche des circonstances hygiéniques qui peuvent produire les désirs vénériens, M. Deslandes examine les odeurs; certaines pratiques correctionnelles ou libidineuses, telles que la flagellation, l'urtication; les boissons, les alimens et les médicamens considérés comme aphrodisiaques et anaphrodisiaques; l'éducation physique, intellectuelle et morale. Ces sujets fournissent à l'auteur l'occasion d'émettre de nouveaux préceptes utiles et de relever des erreurs et des préjugés.

Nous approuvons entièrement la morale sévérité de son langage, lorsque, mesurant la portée des impressions obscènes que reçoivent les enfans, il s'écrie : Par pitié pour la jeunesse, cachez-vous donc, vous dont l'exemple lui serait si fatal : et vous magistrats, veillez à ce que l'impudence et le vice ne s'affichent point sous ses yeux. Je comprends que la prostitution, si repoussante que soit une femme qui loue son sexe, comme un portefaix loue ses muscles, soit permise et même presque protégée, quand elle ne sort pas de certaines limites. Lorsqu'on n'abuse de ses facultés que contre soi-même, il y a usage aux yeux de la loi. Mais quand la prostitution descend sur la place publique, quand elle y étale son cynisme et y déploie ses provocations; quand enfin elle expose nos fils et nos filles à connaître en un instant ce que nous leur avions caché avec tant de soins; oh! alors il y a crime, non seulement de la part des malheureuses qui se livrent à un pareil métier, mais de la part de ceux qui, pouvant s'y opposer, ferment les yeux ou l'autorisent. »

Les conditions organiques, les circonstances hygiéniques dont il a été question, ne font que prédisposer, qu'inciter à l'onanisme, et elles seraient souvent impuissantes si déjà des causes directes ou spéciales de ce vice n'existaient pas; c'est-à-dire si son attrait perfide n'avait été éprouvé. Il faut donc s'attacher : 1° à ce que l'individu ne découvre pas spontanément l'onanisme; 2° à ce qu'il ne lui soit pas enseigné. M. Deslandes donne à ce sujet des règles utiles.

Après avoir éloigné ou tempéré les causes d'onanisme, il faut faire en sorte *que la volonté résiste au désir de se masturber :* telle est la deuxième indication. Deux moyens se présentent, la crainte et les distractions. C'est par la crainte que l'ouvrage de Tissot, sur notre sujet, a opéré tant de réformes salutaires. « La parole d'un médecin peut souvent, plus qu'un livre, opérer une conversion. Il ne doit pas craindre, lui, de frapper fort, car immédiatement il peut amortir ses coups. Concevez tout ce qu'il y a d'étourdissant dans ces mots dits froidement et par un homme grave à un masturbateur : Dans trois mois vous n'existerez plus. » Immédiatement on voit celui-ci pâlir, se troubler; le cœur, les forces lui manquent, il se sent défaillir. N'ayez point de regrets; ce n'est pas en ménageant la sécurité du coupable que vous le sauverez de lui-même : seulement ajoutez avec la même assurance : « Dans trois mois vous serez guéri si vous renoncez complétement, et sans retard, à votre fatale habitude.... »

Dans l'insuccès des précédens moyens qui s'adressent au corps et à l'esprit, il est une troisième indication, c'est *d'ôter à ceux qui désirent et veulent se masturber le pouvoir de le faire;* à l'isolement qui fournit les occasions, il faut opposer la surveillance, dans les momens surtout où les jeunes gens sont dépouillés de leurs vêtemens, comme au lit, au bain, aux latrines. M. Deslandes développe les règles de cette surveillance, et il expose ensuite les moyens coërcitifs.

Son ouvrage se termine par l'exposé *des moyens de réparation relatifs aux excès vénériens.* Il a déjà été dit avec quelle rapidité se rétablissait souvent la santé par la seule cessation de l'onanisme. Malheureusement il n'est pas rare que des pollutions involontaires succèdent aux habitudes vicieuses dont le sujet est corrigé, et il importe alors, avant tout, de s'occuper de leur traitement. C'est ce que fait M. Deslandes. Toutefois, que les pertes séminales se continuent ou qu'elles aient cessé, il reste toujours à traiter la *détérioration onanique.* « Vue d'ensemble, elle présente deux phénomènes bien distincts. 1° La consomption de tout ce qui est force; l'excitation de tout ce qui est sens. Ainsi donc restaurer les forces sans accroître, et même, si l'on peut, en diminuant l'impressionnabilité générale, voilà les deux indications qu'il faut remplir. » Le régime alimentaire s'offre en première ligne; mais prenez garde de précipiter l'emploi des analeptiques, le mal lentement produit ne se guérit qu'avec lenteur. Les alimens qui nourrissent beaucoup et excitent peu méritent la préférence, à la condition toutefois qu'ils ne sont pas difficilement digérés : car, une règle non moins essentielle, c'est de consulter les souvenirs, les impressions de ces malades sur les alimens qu'ils digèrent le mieux, afin de les leur désigner. Les substances alimentaires doivent être prises souvent et en petite quantité. M. Deslandes dit qu'il ne saurait trop vanter les services que lui a rendus cette méthode, notamment le bouillon chaud ou froid pris par cuillerées, comme on prend une potion. D'autres règles hygiéniques, doucement fortifiantes, devront seconder le régime alimentaire; et il n'est pas besoin de dire si notre auteur, qui s'est occupé d'hygiène avec distinction, s'acquitte convenablement de cette tâche.

Là se borne notre examen, trop concis pour une analyse et trop long pour une notice. La diversité des opinions médicales et l'exigence de celui qui n'a que la peine de juger, sont si grandes, qu'un examen sans critique est suspect de partialité. Franchement le travail de M. Deslandes nous paraît, dans son ensemble, si bien conçu, si heureusement exécuté, qu'il nous a paru plus utile d'en exposer les aperçus principaux que d'employer notre temps à controverser sur des objets d'un intérêt tout-à-fait secondaire. Somme toute, ce traité de l'onanisme et des autres abus vénériens résume avec bonheur ce qui a été observé sur ce sujet important, délicat et difficile. Un mérite non moins saillant encore, ce sont les observations et les idées propres de l'auteur, dans lesquelles la vigueur du jugement s'allie à une rare pénétration. Ce livre, attrayant par sa composition, d'une instruction solide pour les médecins, ne sera ni déplacé, ni dange-

reux entre les mains des gens du monde. Il offre aux premiers sur son objet l'état actuel de la science, aux autres la vérité toute entière et clairement exprimée. A. LAGASQUIE.

(*Revue Méd.*)

A treatise on tubercular phthisis or pulmonary consumption. (Traité de la phthisie tuberculeuse). Par James CLARK, médecin ordinaire du roi et de la reine des Belges, etc. — In-8°. Londres, 1834.

Quoiqu'on ait beaucoup écrit sur la phthisie, quoiqu'il semble au premier abord qu'il n'y ait presque plus rien à en dire, cependant le docteur Clark a trouvé le moyen de faire un ouvrage extrêmement intéressant sur ce sujet. Ce qui caractérise son *Traité de la phthisie*, c'est une tendance qui peut être considérée jusqu'à un certain point comme nouvelle, qui se trouve d'ailleurs en harmonie avec les idées que notre époque voit s'établir peu à peu, et que la citation suivante fera connaître sur-le-champ : «..... Enfin, dit notre auteur dans son introduction, Laënnec ayant découvert, dans ses vastes recherches sur les maladies pulmonaires, que les tubercules sont presque la seule cause de consomption, a proposé de restreindre la signification du mot *phthisie* à l'affection morbide qui est produite par le développement des tubercules dans les poumons, et depuis la publication de son ouvrage, en 1819, ce mot est employé en France dans cette acception. Les résultats obtenus par Laënnec ont été confirmés par les recherches de Louis et Andral, qui ont apporté dans ce sujet une précision et une clarté inconnues avant eux. Mais, quelques avantages qui aient découlé de cette manière d'envisager la phthisie pulmonaire, toujours est-il qu'elle a fait naître et régner l'idée que cette affection est une maladie locale, qui doit être rapportée à une cause locale. Ainsi le côté le plus important de la question, c'est-à-dire, *l'origine constitutionnelle* des tubercules, a été complétement négligé. Avant de nous flatter d'avoir des notions exactes sur la phthisie pulmonaire, nous devons porter nos recherches au-delà de ces lésions anatomiques qui caractérisent la maladie, mais qui ne sont que secondaires, que les effets d'une affection *constitutionnelle* préexistante, condition nécessaire pour la production de ces tubercules. »

Le docteur Clark pense que la connaissance imparfaite de la nature des tubercules et de l'état morbide du système qui les produit, a donné lieu à de graves erreurs sur la nature et les causes de la phthisie pulmonaire. Il s'élève ici contre le rôle que l'on a fait jouer à l'inflammation soit aiguë, soit chronique, des différens tissus du parenchyme pulmonaire dans la production des tubercules. Le principal objet de ce travail, ajoute-t-il, est de représenter la phthisie tuberculeuse comme tirant son origine d'un état morbide de tout l'organisme ; de rechercher sa nature, sa source, et ses causes comme affection héréditaire ; de faire ressortir les circonstances qui sont capables de la faire naître aux différentes époques de la vie ; et de réduire à sa juste valeur l'influence de ces lésions pulmonaires qui sont considérées par quelques pathologistes comme des causes réelles de phthisie, mais par d'autres, et suivant moi à plus juste titre, comme de simples causes déterminantes, et souvent seulement comme des complications. »

D'après ce qui précède, le docteur Clark devait s'attacher à nous faire connaître cet état morbide de l'économie qui engendre la maladie tuberculeuse ; en effet, son premier chapitre a pour titre : *De la constitution tuberculeuse et de la cachexie tuberculeuse.* « La constitution tuberculeuse, quand elle est héréditaire, se manifeste par un aspect tout particulier du visage, par la forme du corps et la manière dont il se développe, par la condition anormale des diverses fonctions qui tiennent le premier rang pour l'importance, et par une disposition spéciale à certains actes morbides.

» En général, l'existence de cette constitution est révélée d'une manière décisive par l'aspect du visage. Dans l'enfance, il est pâle, comme empâté ; les joues sont le plus souvent pleines ; la lèvre supérieure et les ailes du nez sont volumineuses. Si le sujet est brun, la couleur de la peau est ordinairement terne ; s'il est blond, la peau offre une blancheur qui n'est pas naturelle, se rapprochant beaucoup plus de celle de la cire blanchie que de celle qui est compagne d'une constitution saine ; les veines sont larges et très-visibles. Dans un âge plus avancé, les signes tirés du visage sont plus marqués. Les yeux sont grands ; les pupilles surtout ont un diamètre considérable ; les cils sont longs ; l'expression de la figure est douce ; souvent les traits sont d'une grande beauté, surtout chez les sujets blonds et vermeils. D'un autre côté, les traits sont ordinairement moins réguliers chez les sujets bruns, qui ont communément la peau épaisse et de couleur sombre et blême. Cette proposition souffre quelques exceptions.

» La forme du corps offre peu de chose à remarquer dans la première enfance ; il est ordinairement volumineux, mais il manque de la fermeté qui annonce la santé. A mesure que l'enfant s'avance en âge, on s'aperçoit le plus communément que les diverses parties de son corps ne sont pas bien proportionnées et manquent de symétrie. Souvent la tête est grosse, le tronc petit, l'abdomen tuméfié ; les membres sont difformes ; tantôt volumineux et grossièrement construits ; tantôt très-grêles, avec des jointures énormes ; mais ceci ne se trouve que dans les types les plus caractérisés de la constitution tuberculeuse. Le développement du corps se fait aussi d'une manière irrégulière ; très-souvent il est lent et imparfait ; il peut s'exécuter comme à l'ordinaire pendant un certain temps, puis rester stationnaire pendant des années, et reprendre ensuite, principalement vers l'époque de la puberté, avec une rapidité extraordinaire. Cette rapidité de croissance des jeunes sujets en général, mais plus particulièrement des sujets tuberculeux, s'observe souvent après une affection fébrile aiguë.

« Les fonctions le plus évidemment troublées sont celles qui sont plus immédiatement liées à la nutrition, particulièrement celles des organes digestifs. La dyspepsie qui dépend de la constitution scrophuleuse a des caractères particuliers qui permettent en général de la reconnaître. Les fonctions intellectuelles ont souvent une activité extraordi-

naire. Cette circonstance doit être prise en considération lorsqu'il s'agit de régler l'éducation de tels sujets; mais, dans un grand nombre de cas, le contraire a lieu. Ainsi, pour le moral comme pour le physique, la constitution tuberculeuse présente deux formes opposées. Dans l'une, teint vermeil, peau fine et belle, impressionnabilité très-vive, sagacité remarquable; dans l'autre, teint brun, peau rude, fonctions organiques languissantes, facultés intellectuelles obtuses. Si nous examinons attentivement les troubles fonctionnels qui appartiennent à la constitution scrophuleuse, nous voyons que la digestion s'accomplit rarement bien; que les fonctions intestinales sont irrégulières, languissent souvent, et que les matières évacuées n'ont point l'aspect qu'elles présentent chez les sujets bien constitués. L'urine est souvent trouble, surtout quand il y a constipation. Les fonctions de la peau s'exécutent rarement d'une manière normale. Cette enveloppe est pâle, molle, flasque, ou bien sèche et dure; elle est souvent le siége d'éruptions. En général, la transpiration insensible manque, bien que les sueurs partielles ne soient pas rares. Ces dernières ont souvent pour siége les pieds, où elles ont communément une odeur fétide. Les forces du corps sont ordinairement médiocres; les membres, bien que charnus, n'ont ni les formes ni la fermeté de la santé. La circulation est peu énergique, ainsi qu'on le reconnaît à la faiblesse du pouls, à la basse température des extrémités, à l'impossibilité où est le sujet de supporter une grande fatigue de corps. Cet état du système circulatoire forme un élément essentiel de la constitution tuberculeuse; il existe presque constamment, et peut servir à expliquer plusieurs des phénomènes les plus importans de la maladie. Hâtons-nous de dire qu'un développement complet du corps, et une grande puissance musculaire, ne sont point incompatibles avec la constitution tuberculeuse. Plusieurs de nos plus célèbres boxeurs sont morts tuberculeux. Très-récemment, un d'entre eux est mort phthisique très-peu de temps après un combat opiniâtre qui fut fatal à son adversaire.

» Enfin la constitution tuberculeuse est encore caractérisée par une susceptibilité particulière à contracter certaines maladies qui affectent d'une manière spéciale les membranes muqueuses. Nous avons déjà signalé l'irritation des organes digestifs; il existe aussi, en général, une forte disposition aux affections catarrhales, qui chez les jeunes sujets, affectionnent communément les fosses nasales, sont souvent très-pénibles, et s'accompagnent parfois d'un écoulement opiniâtre d'un liquide muqueux, épais et jaune. Les épistaxis sont aussi assez communes chez les jeunes enfans qui présentent la constitution strumeuse. Les paupières et les oreilles sont sujettes aux inflammations chroniques, avec lesquelles coïncident souvent pour les dernières un écoulement purulent. L'inflammation et la congestion chronique de la muqueuse de l'arrière-bouche sont fréquentes, et se terminent souvent par l'augmentation de volume des amygdales. La muqueuse intestinale devient très-facilement le siége d'une sécrétion muqueuse très-abondante. De légers accès de fièvre sont également communs, et se lient ordinairement avec l'irritation des organes digestifs. On voit souvent des éruptions se former sur le cuir chevelu. Les ganglions lymphatiques superficiels s'engorgent fréquemment, par suite de légères irritations ayant leur siége dans les tissus muqueux voisins ou dans la peau, ou bien par suite de l'exposition au froid, etc. Chez les jeunes sujets du sexe féminin, les règles sont lentes à paraître, et irrégulières dans leurs retours.

« La *cachexie tuberculeuse* est cet état particulier de l'économie qui donne lieu à la formation des tubercules sous l'influence de certaines causes déterminantes qui ne produisent rien de semblable chez les sujets sains. Cet état peut exister dès la naissance; il peut s'acquérir à presque toutes les époques de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Quand il est acquis, ses signes caractéristiques sont moins marqués et plus difficiles à saisir que lorsqu'il est héréditaire ou enté sur une constitution tuberculeuse. Nous connaissons à peine les traits extérieurs et la forme qui caractérisent la cachexie tuberculeuse héréditaire. Mais, lors même qu'elle a été acquise après l'âge de la maturité, la condition morbide du malade est suffisamment indiquée par la teinte blême et terne de la peau et par l'état flétri et déprimé des traits. Chez les personnes brunes, la peau n'est pas seulement terne, elle est plombée; et la sclérotique a une couleur perlée obscure. Chez les personnes blondes et colorées, le visage est empâté, offrant tantôt la pâleur de la mort, tantôt une coloration pourpre livide; en général les joues sont comme marbrées de rouge et de blanc. A une époque plus avancée de la vie, la couleur terne et foncée de la figure, tirant sur le jaune, prédomine et annonce une maladie constitutionnelle établie lentement, mais profondément enracinée. »

Comme on le voit, le docteur Clark n'épargne rien pour attirer toute l'attention sur la condition générale de l'organisme qui constitue la maladie, dont le développement des tubercules n'est que l'effet secondaire. Toutefois, il ne nous semble pas avoir suffisamment distingué ce qu'il appelle *cachexie tuberculeuse* de la *constitution tuberculeuse*. On cherche en vain ce qui peut différencier de cette dernière la prétendue cachexie tuberculeuse qui existe dès l'enfance et qui est héréditaire.

Il serait trop long et peu utile de suivre le docteur Clark dans les détails intéressans qu'il donne sur la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la prophylaxie, le traitement, etc., de la phthisie. Toute cette partie est peu susceptible d'analyse; elle est elle-même un excellent résumé où figurent partout en première ligne les résultats obtenus par les pathologistes français. Nous recommandons vivement la lecture de cet ouvrage; mais avant de le quitter, nous extrairons quelques lignes d'un chapitre curieux, quoique incomplet, qui est consacré à l'étude des *Maladies tuberculeuses chez les animaux*. « La maladie tuberculeuse peut être produite chez tous les animaux par les mêmes causes qui la produisent chez l'homme, telles que l'influence du climat, l'air impur, la nutrition imparfaite, le défaut d'exercice, etc. On a observé des tubercules dans plusieurs ordres de mammifères carnivores et herbivores, chez les oiseaux et jusque chez les insectes. M. Newport, qui s'occupe avec succès de l'anatomie comparée, a vu dans la larve du *sphinx ligustri* ou teigne commune du Troëne (common privet moth), une matière particulière, disséminée en masses, petites, irrégulières, réunies en grappe, cette matière est blanche, opaque, de la consistance du fromage;

elle occupait toute la surface interne de l'insecte, située entre deux couches d'un tissu cellulaire très-fin. Ces masses étaient très-nombreuses entre les muscles, à l'extérieur du canal alimentaire, surtout de l'estomac, sur la glande qui sécrète la soie, dans les conduits biliaires et sur les nerfs. Chez le *carabus catenulatus* (ground beetle), et chez le *staphylinus olens*, qui tous deux se nourrissent de chair, il a remarqué de semblables masses, plus uniformes et plus petites, dans le tissu cellulaire et dans le parenchyme pulmonaire. Il a trouvé dans l'écrevisse commune des altérations semblables à celles observées dans le *sphinx ligustri*. Il est digne de remarque que le sphinx avait été nourri avec de vieilles feuilles de troëne pendant plusieurs jours avant qu'on l'examinât, parce qu'on ne put pas se procurer des feuilles fraîches. La même matière a été produite à volonté en nourrissant à dessein l'insecte avec des alimens vieux ou détériorés. »

(*Gazette Médicale*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 23 mars.

Os du roi Teuthobocus devenus os d'éléphant et enfin os de mastodonte. — Instrument de M. Becquerel pour prendre la température de l'intérieur des organes. — Mémoires de M. Leroy d'Etiolle.

M. Civiale se met sur les rangs pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren. MM. Ségalas et Gerdy renoncent à la candidature.

— M. Mayor adresse de Lausanne, pour le concours Montyon, un mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule. Pour se conformer à la disposition qui prescrit aux auteurs de signaler ce qu'il y a de nouveau dans leur travail, M. Mayor a souligné dans son mémoire les parties sur lesquelles il croit devoir appeler l'attention de la commission.

— M. E. Jacquemin adresse, pour le concours au prix de physiologie Montyon, un mémoire sur le développement des planorbes.

— Mémoire sur les mouvemens de la chaîne des osselets de l'ouïe et de la membrane du tympan ; par M. Bonnafont, Chirurgien-major et prosecteur d'anatomie à l'hôpital d'instruction d'Alger.

— A la suite de la correspondance, M. de Blainville met sous les yeux de l'Académie les ossemens fossiles découverts en 1613 dans une sablonnière du Bas-Dauphiné, os attribués par la supercherie d'un nommé Mazurier, à Theutobocus, roi des Cimbres, vaincu par Marius. On sait que ce fut l'objet d'une longue et vive discussion sur l'existence des géans, discussion dans laquelle les deux principaux antagonistes furent Habicot et Riolan. Ce dernier les avait considérés comme pouvant avoir appartenu à un éléphant, ce qui avait été depuis généralement admis; mais l'inspection de ces os, et surtout des dents qui les accompagnent, envoyés au Muséum d'histoire naturelle par M. Jouannet, ont montré aisément qu'ils proviennent d'un véritable mastodonte de la grandeur de celui de l'Ohio.

— M. Becquerel lit la note suivante :

L'Académie se rappellera que je lui ai présenté, il y a un an, le commencement d'un travail sur les applications des forces électriques à la végétation ; j'ai continué depuis mes recherches, et je me suis convaincu que pour en tirer des conséquences utiles à la science, je devais d'abord m'attacher aux phénomènes les plus simples, à ceux qui servent de base à la théorie électro-chimique, c'est-à-dire aux effets calorifiques qui ont lieu constamment dans les végétaux comme dans les animaux.

Pour étudier de semblables effets, j'ai dû employer des appareils autres que les thermomètres, et qui permissent de déterminer la température d'une partie quelconque d'un corps organisé sans produire de lésion capable d'altérer la vitalité. Ces appareils consistent en sondes ou aiguilles formées de deux métaux mis en communication avec un excellent galvanomètre. Ces sondes sont introduites dans tous les tissus et les organes, par les procédés de l'acupuncture, et la température est déterminée par l'intensité des courans thermo-électriques produits par la chaleur que prend la soudure de la région où elle se trouve.

Pour faire de semblables recherches, j'ai dû m'adjoindre un anatomiste habile qui eût à sa disposition tous les moyens dont j'avais besoin ; j'ai cru devoir m'adresser à M. Breschet, qui a bien voulu accepter ma proposition. Les expériences sont commencées depuis huit jours, et les résultats auxquels nous sommes déjà parvenus nous font espérer que ces recherches ne seront pas sans intérêt pour la science.

— M. Leroy d'Etiolle, appelé comme candidat, donne lecture du résumé des trois mémoires dont suit l'analyse :

De la lithotritie urétrale. — Après avoir montré que le but vers lequel doit tendre maintenant la lithotritie est d'obtenir la pulvérisation de la pierre sans production de fragmens, M. Leroy fait voir que dans l'état actuel de la science l'engagement des fragmens de calcul dans l'urètre est l'un des inconvéniens les plus graves, à cause de sa fréquence et des accidens qu'il produit. Pour faciliter l'extraction de ces fragmens, M. Leroy d'Etiolle a imaginé deux instrumens particuliers : l'un est une pince qu'il nomme urétrale, dont il fait depuis long-temps usage ; l'autre est une *curette articulée* que l'on insinue facilement derrière le calcul, et qui là se recourbe, accroche le corps qu'il s'agit d'extraire, et le ramène avec elle. M. Leroy dit avoir extrait de la sorte plus de 600 pierres ou fragmens de pierre engagés et retenus dans l'urètre.

— *Nouveaux modes de compression pour déterminer l'oblitération des artères des membres dans l'anévyrsme.* — La compression des artères pour déterminer l'oblitération de ces vaisseaux et obtenir la cure des tumeurs anévrysmales, serait certainement préférable à la ligature, si elle pouvait avoir la même efficacité, car elle ne cause ni douleur ni effusion de sang. M. Leroy d'Etiolle examine pour quelle raison la compression n'a point eu jusqu'ici le succès que l'on s'en était promis, puis il fait connaître le procédé qu'il a imaginé et les expériences qu'il a faites sur les animaux pour en constater l'efficacité. Ce procédé consiste à établir la compression médiate sur deux points de l'artère, distans l'un de l'autre de deux pouces environ. La portion de sang isolée de la sorte se coagule plus facilement que dans le procédé de compression ordinaire qui porte sur un point seulement. Pour accélérer la formation du caillot, M. Leroy tient de la glace appliquée sur la partie;

il favorise aussi, dit-il, la coagulation de l'albumine de la petite portion stagnante, au moyen de l'acupuncture et du galvanisme.

— *Nouveaux instrumens pour le traitement des maladies de la prostate, et des rétentions d'urine qu'elles produisent.* — M. Leroy d'Etiolles rappelle que déjà il a soumis à l'examen de l'Académie deux mémoires dans lesquels sont consignés ses travaux sur cette matière. La communication qu'il fait aujourd'hui est relative à quelques perfectionnemens apportés à ses procédés. Il décrit trois instrumens destinés, l'un à produire la dilatation du col de la vessie, et les deux autres qu'il nomme porte-caustique prostatique, à porter le nitrate d'argent sur la tumeur de la prostate, sans qu'il puisse avoir d'action sur un autre point. « Plus j'avance dans mes travaux sur les maladies de la pros- » tate, dit-il en terminant, et plus je me persuade qu'il y a » là, sous le rapport chirurgical, une importante lacune à » remplir. »

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 30 mars.

Etablissement de la classe des céphalopodes en 1784, par Schneider. — Recherches thermo-électriques, par M. Peltier. — Election de M. Charles Dupin, comme vice-président de l'Académie.

M. de Férussac adresse une lettre dont nous donnons l'extrait suivant :

« Quatre ans avant la publication de la dernière édition du *Systema naturæ* de Linnée, a paru un travail spécial sur les céphalopodes, dû à un savant célèbre à la fois comme naturaliste et comme helléniste ; travail remarquable, fort en avant de l'époque où il a été publié, et dont, par une singularité inexplicable, personne n'a tenu compte. Ce travail est une dissertation de Schneider, le traducteur d'Aristote, qui, dès 1784, long-temps par conséquent avant notre illustre Cuvier, y propose une grande division qu'il appelle *famille* ou *race*, pour tous les céphalopodes nus ou testacés. Il donne à cette grande division le nom d'*octopodia*, considérant, avec beaucoup de justesse, les deux bras des décapodes comme des organes d'une autre nature que les huit pieds communs à tous nos acétabulifères. »

Schneider avait, dès cette époque, proposé la classe des céphalopodes établie en 1798 par Cuvier ; rétabli les genres d'Aristote mieux que ne l'a fait Lamarck en 1799, formé les deux divisions proposées en 1817 par le docteur Leach, sous les noms d'octopodes et de décapodes, établi les genres *sepiola* et *eledone* (celui-ci sous le nom de *moscaites*), proposés en 1817 par Leach, caractérisé le genre *nautile*, sous le nom de *pompile*, avec plus de netteté qu'on ne l'a fait depuis lui : *pedibus lobatis seu digitatis, absque acetabulis*.

La dissertation de Schneider fait partie d'un volume intitulé : *Sammlung*, etc. ; c'est-à-dire *Recueil de diverses dissertations pour servir à la zoologie et à l'histoire du commerce*. in-8°, fig. Berlin 1784.

M. Férussac demande comment un travail aussi important a pu rester inconnu aux naturalistes.

Cela tient à ce que l'on manque encore en histoire naturelle d'un ouvrage qui permette à l'homme qui entreprend une série de recherches, de savoir en peu de temps ce qui s'est fait sur le même sujet. Un simple catalogue, même rangé par ordre de matières, ne suffit pas, et ainsi rien ne pouvait faire soupçonner que dans le recueil de Schneider : *Dissertations pour servir à la zoologie et à l'histoire du commerce*, il y eut un travail tendant à réformer la classification des vers de Linnée. M. Cuvier qui avait lu beaucoup plus que presque tous les naturalistes de notre époque, et qui était doué d'une puissante mémoire, sentait bien cependant le besoin d'un ouvrage tel que celui que nous venons d'indiquer. D'après les conseils de l'illustre naturaliste, une personne à qui sa position donnait des facilités pour ce travail, avait commencé, il y a plusieurs années, à s'en occuper, et s'y livre encore avec persévérance, malgré les obstacles qu'elle prévoit pour la publication. L'Académie des Sciences qui, en mainte occasion, a soutenu des entreprises utiles, et qui n'auraient pu prospérer sans son appui, jugera, nous l'espérons, que celle-ci est de nature à mériter sa protection.

— A l'occasion de la communication faite dans la précédente séance par M. Becquerel, relativement à une application nouvelle des couples thermo-électriques, M. Peltier fait connaître à l'Académie un autre résultat qu'il a obtenu en employant ce précieux instrument.

J'ai fait, dit M. Peltier, un couple thermo-électrique de deux fils, fer et cuivre, longs de 42 mètres chacun : une des soudures plonge dans un puits profond, l'autre est dans mon cabinet ; un multiplicateur intercalé dans le circuit indique le courant dominant. Pour connaître la température du puits, j'abaisse ou j'élève celle du liquide dans lequel plonge la soudure supérieure : lorsque l'aiguille du multiplicateur est ramenée à zéro, c'est que les deux soudures sont à la même température ; un thermomètre plongé dans ce liquide m'en donne le degré, qui est nécessairement celui du puits.

Par le moyen d'un autre couple, ayant une de ses soudures au-dessus des cheminées de la maison, j'interroge la température de l'atmosphère à 23 mètres du sol. J'ai le projet de la mesurer beaucoup plus haut à l'aide d'un petit ballon.

Ce mode d'investigation, dit M. Peltier, peut être très-utilement employé pour connaître la température des courans sous-marins, des mines et des couches profondes des puits forés ; mais il faut beaucoup de précautions pour se préserver des courans secondaires qui viennent compliquer l'expérience.

C'est par le moyen des couples thermo-électriques, poursuit l'auteur, que je suis parvenu à des résultats précis sur la conductibilité des métaux pour la chaleur, résultats que je soumettrai prochainement à l'Académie. Je n'ai point établi mon appareil pour la seule mesure de la température des milieux éloignés, mais aussi pour étudier les échanges électriques entre le globe et l'atmosphère. Il y a trop peu de temps que mon appareil est monté pour que j'aie pu vérifier toutes les circonstances concomitantes à ce phénomène ; je dirai seulement aujourd'hui qu'un fil métallique plongeant d'un bout dans un puits, à 12 mètres au-dessous du sol,

et l'autre élevé au-dessus de 24 mètres, *sans circuit fermé*, est traversé par un courant négatif, descendant lorsque la chaleur est plus grande dans l'atmosphère, et ascendant lorsque la chaleur y est moindre. »

M. Biot rappelle à l'occasion du dernier paragraphe de la lettre de M. Peltier, que dans l'ascension en ballon que lui et M. Gay-Lussac ont faite ensemble, ils avaient de même établi une communication électrique par le moyen d'un fil d'or, entre la couche d'air où se trouvait leur nacelle, et une couche d'air placée à 50 mètres au-dessous, ce qui, à raison de la charge inégale des deux couches, leur donnait des étincelles sensibles au condensateur.

— M. Becquerel dit qu'il s'est depuis long-temps occupé d'appliquer les couples thermo-électriques à des recherches semblables à celles dont il est question dans la lettre de M. Peltier, et qu'il a notamment trouvé le moyen de déterminer la température de la mer jusqu'à une profondeur de mille pieds.

Revenant sur sa précédente communication, il dit ce qui n'était pas énoncé dans la note qu'il avait déposée, que ses recherches, faites de concert avec M. Breschet, ont eu pour résultat de montrer qu'il existe une différence de 2° 1/2 environ entre la température du tissu cellulaire et celle des muscles dans l'homme.

La température des muscles, celle du poumon, du foie, de l'abdomen, du cerveau, dans le chien, est la même; ou s'il y a une différence, il est probable qu'elle est moindre d'un demi-degré.

On procède à l'élection d'un vice-président pour remplir la place laissée vacante par la démission de M. Biot.

Le nombre des votans est de 50; au premier tour de scrutin M. Dupin réunit 39 suffrages; MM. Ampère et Poinsot en obtiennent chacun 3; MM. Freycinet et Navier, 2; M. Savart, 1.

M. Dupin est élu vice-président.

— M. Geoffroy dépose un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur l'essence de la lumière*, son principe originel, son analyse, l'étendue ou l'universalité de ses services, et sur les causes de sa disparution dans les phénomènes d'interférence, disparution causée par un effet de la loi d'attraction de soi pour soi.

— Note sur l'efficacité de l'extrait de belladone dans la rétention d'urine, par M. Gérard, médecin à Avignon.

— Mémoire relatif à un nouvel appareil destiné à soulever les malades de leur lit, les tenir suspendus tout le temps nécessaire pour les changer de lit, les transférer d'un lieu à un autre, les approcher d'une croisée, les placer sur un autre lit, etc., par M. Filhol.

— Recherches d'anatomie pathologique sur les altérations de l'encéphale qui produisent la manie ou le délire aigu chez les aliénés, par M. Scipion Pinel.

Séance du 6 avril.

Prix proposés par la Société royale de Londres. — Rapport sur une nouvelle méthode de traitement pour la fièvre jaune. — Élection de M. Breschet.

M. Konig, secrétaire de la Société royale de Londres, au nom du conseil de cette Société, annonce à l'Académie des Sciences de Paris que le roi ayant formé deux prix annuels (deux médailles d'or de la valeur de 50 guinées) pour être décernés chaque année en séance générale à l'auteur de la découverte la plus importante dans une branche principale des sciences physiques et mathématiques, les étrangers seront admis à ce concours.

Les médailles pour l'année 1837 seront décernées « l'une » à l'auteur du meilleur mémoire qui devra être intitulé : » Contributions pour l'établissement d'un système de chro- » nologie géologique fondé sur l'examen des fossiles et des » phénomènes qui s'y rattachent; l'autre, à l'auteur du » plus important mémoire inédit sur un sujet de physique » qui aura été communiqué avant le mois de juin 1837 à la » Société royale, pour être inséré dans ses Transactions. » Dans le cas où la Société ne recevrait, avant la date fixée » pour être inséré dans ses Transactions, aucun travail sur » la question de chronologie géologique ci-dessus mention- » née, ou si aucun de ceux qu'elle recevra ne semblait di- » gne d'être couronné, la médaille serait adjugée au meil- » leur mémoire sur un sujet quelconque de minéralogie ou » de géologie qui lui aurait été adressé pour être inséré » dans ses Transactions avant le terme de rigueur. »

— M. Peltier adresse quelques renseignemens sur les précautions indispensables pour se garantir des courans secondaires dans l'emploi des couples thermo-électriques à la mesure des températures des milieux éloignés.

— M. Aimé annonce qu'il est parvenu à produire, avec l'électricité ordinaire, la plupart des phénomènes d'induction volto-électrique découverte par M. Faraday. Il demande des commissaires pour examiner son travail.

MM. Arago et Becquerel sont nommés commissaires.

— Mémoire sur le placement à l'intérieur des roues de navires à vapeur, par M. Pauwels, propriétaire de paquebots à vapeur sur la Seine, et constructeur de machines à Rouen.

Commissaires : MM. Arago, Dupin et Séguier.

— Note sur une nouvelle opération pour guérir radicalement les hernies, par M. Gerdy.

Commissaires : MM. Larrey et Roux.

— M. Séguier, en son nom et en celui de MM. Prony et Dupin, rend compte d'un mémoire de M. Bérard, correspondant de l'Académie, sur les voitures à vapeur en général, et spécialement sur un locomoteur nouvellement inventé et construit par MM. Hamond et Wilback.

On sait que ce mode de transport fut d'abord expérimenté en 1770 par l'ingénieur français Cugnot, et que de nombreux essais furent tentés encore, mais sans succès, jusqu'au moment où Garney consacrant à la solution de ce problème sa fortune et dix années de sa vie, parvint à établir, pendant quatre mois consécutifs, un service public et régulier sur la route de Cheltenham.

Une récompense nationale lui a été votée par le parlement, à l'époque même où ce corps politique rejetait le bill pour l'établissement du grand *rail-way* de Londres à Bristol, en se fondant sur ce que cette entreprise ne pouvait procurer ni au public ni aux entrepreneurs des avantages suffisans, en raison des énormes dépenses qu'elle aurait entraînées.

L'examen auquel se livre M. Bérard porte tant sur les

améliorations déjà réalisées que sur les perfectionnemens qu'il convient encore de rechercher. Ses réflexions se rapportent à trois chefs : 1° à la construction de la chaudière ; 2° à la confection du moteur ; 3° à la voiture elle-même.

— M. Double lit un rapport sur un mémoire de M. Labat touchant les heureux effets d'une atmosphère froide dans la fièvre jaune.

Le mémoire de M. Labat contient trois observations de fièvre jaune traitées et guéries à l'aide de l'air froid Le rapporteur fait observer que rien ne prouve que ces trois guérisons soient dues à la méthode employée, méthode dont les avantages ne sont rien moins qu'apparens, et dont les inconvéniens sont, au contraire, très-nombreux et très-graves. Le mémoire de M. Labat, dit M. Double en concluant, ne nous paraît donc mériter en aucune manière l'approbation de l'Académie.

— L'Académie procède à l'élection d'un membre pour la place devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie par la mort de M. Dupuytren.

Les candidats présentés par la section sont : 1° M. Breschet ; 2° M. Lisfranc ; 3° MM. Velpeau et Sanson aîné, *ex æquo*. Le nombre des votans est de 55. Au premier tour de scrutin M. Breschet obtient 41 suffrages ; M. Civiale, 7 ; M. Lisfranc, 4 ; M. Velpeau, 3.

M. Breschet est déclaré élu ; sa nomination sera soumise à l'acceptation du roi.

— M. Robiquet lit un travail intitulé : *Nouvelles observations sur l'orsine*. L'auteur, après s'être livré à quelques considérations générales sur les matières colorantes, fait remarquer que deux d'entre elles ont été obtenues incolores, et il rappelle avoir démontré en 1829 que la matière colorante des orseilles ne préexiste pas dans les lichens qui servent à la fabrication de ce produit tinctorial, mais qu'elle résulte de l'altération d'une matière sucrée incolore et cristallisable qu'il est parvenu à isoler. M. Robiquet a cherché à déterminer sous quelles influences précises cette métamorphose pouvait s'opérer, et il a reconnu qu'il fallait le concours simultané de l'ammoniaque, de l'oxigène et de l'eau ; mais il a remarqué que ces deux derniers corps n'y intervenaient que pour une bien faible part, et que l'ammoniaque était réellement l'agent essentiel de cette réaction. M. Robiquet a ensuite établi par des expériences suivies que cette production de matière colorante n'est point le résultat d'une simple combinaison de l'ammoniaque avec l'orsine ou matière sucrée, mais que cet alcali n'intervient dans cette réaction que par ses élémens, pour produire, avec le concours de l'humidité de l'oxigène, une matière teignante qui ne conserve avec la matière primitive aucune analogie de propriétés ou de composition.

Passant de ces données à ce que nous connaissons de l'indigo, et après avoir considéré : 1° qu'il se dégage nécessairement de l'ammoniaque dans les diverses manipulations auxquelles on a recours pour la fabrication de l'indigo ; 2° que le concours de l'oxigène est nécessaire à la coloration de l'indigotine ; M. Robiquet regarde comme probable que le radical indigotique ne passe également à l'état de matière colorante que sous l'influence de l'ammoniaque, de l'oxigène et de l'eau, et il présume que ce radical, tel qu'il existe dans la plante, ne doit pas être azoté. M. Robiquet pense en outre que ce radical, qu'on trouve naturellement en solution dans le suc acide de la plante, n'a rien de commun avec l'indigotine réduite de Berzélius, qui ne se dissout que dans les alcalis et, selon toute apparence, ne diffère de l'indigo que par une certaine portion d'oxigène.

— M. Dutrochet lit l'analyse d'un mémoire ayant pour titre : *Observations sur la forme primitive des embryons végétaux.*

La première partie de ce mémoire, la seule que l'auteur ait fait connaître par extrait, est relative à l'embryon séminal du tame. (*Tamus communis.*)

Séance du 13 avril.

Avantages des machines de Savery dans le cas où l'eau élevée doit être échauffée. — Sur le fluorhydrate de méthylène et l'éther fluorhydrique. — Physiologie végétale.

MM. Colladon et Championnière adressent une communication relative à de nouvelles expériences sur les machines à feu du système de Savery. Ces machines, qui servent à élever l'eau directement sans l'intermédiaire d'aucun piston, furent employées en grand dans l'industrie en 1695. On y a depuis renoncé pour les machines à piston. Cependant, d'après les expériences de MM. Colladon et Championnière, ces machines doivent être préférées toutes les fois que l'eau que l'on élève doit être échauffée comme pour les bains, les teintures, etc. Dans diverses expériences, faites sur trois machines, le réchauffement de l'eau à été de quatre degrés, et la dépense en combustible n'a pas été plus forte que si l'eau avait été réchauffée par un appareil de chauffage particulier ; en sorte que l'eau avait été élevée sans frais. Il n'existe plus que cinq machines du système de Savery en France. Celle de l'abattoir de Grenelle, construite par Manoury d'Hectot, à la force d'un cheval, brûle environ 12 kilog. de charbon par heure. C'est la meilleure des cinq citées, quant au travail mécanique.

— MM. Dumas et Péligot font lire une note sur le *fluorhydrate de l'éther fluorhydrique.*

Ces produits ont été obtenus par les auteurs de la note dans la suite de leurs recherches sur l'esprit de bois.

Le fluorhydrate de méthylène s'obtient en chauffant doucement un mélange de fluorure de potassium et de sulfate de méthylène. L'opération peut s'exécuter dans des vases de verre. Le nouveau produit est un gaz qu'on recueille sur l'eau qui le débarrasse de tout corps étranger.

Le fluorhydrate de méthylène est gazeux, sans couleur, d'une odeur éthérée particulière et agréable. Il brûle avec une flamme analogue à celle de l'alcool en développant de l'acide fluorhydrique. Il est peu soluble dans l'eau, 100 parties d'eau prennent seulement 166 parties de ce gaz.

En le faisant détonner avec de l'oxigène dans l'eudiomètre, il produit un volume d'acide carbonique égal au sien et consomme 3 et demi volumes d'oxigène.

Sa densité déterminée par l'expérience est égale à 1,186.

En combinant ces résultats, on trouve que le fluorhydrate de méthylène est formé d'un volume de méthylène et d'un

volume d'acide fluorhydrique condensés en un seul volume.

Pour satisfaire à la donnée fournie par la densité du fluorhydrate de méthylène, il faut admettre que l'acide fluorhydrique renferme, comme l'a supposé M. Ampère, demi-volume d'hydrogène.

C'est la première fois, disent les auteurs, qu'on soumet cette composition à une épreuve décisive. Ici, en effet, l'analogie entre le chlorhydrate et le fluorhydrate de méthylène, ne laisse aucune incertitude sur la vraie condensation des élémens de l'acide fluorhydrique.

MM. Dumas et Péligot ont essayé de chauffer ensemble du sulfate d'hydrogène bi-carboné et du fluorure de potassium. Il s'est produit un gaz en petite quantité, qui brûle à la manière de l'hydrogène bi-carboné, en répandant des vapeurs d'acide fluorhydrique. Il peut se recueillir sur l'eau. Ils n'ont pu obtenir ce gaz qu'en petite quantité, ce qui tient sans doute à l'impureté du sulfate d'hydrogène carboné, mais ils se proposent de poursuivre cette étude, persuadés que le gaz constitue véritablement l'éther fluorhydrique appartenant à la série alcoolique.

— M. Dutrochet lit l'analyse d'un second mémoire sur la forme des embryons végétaux. Dans la première partie, l'auteur s'était attaché à faire voir que *l'embryon seminal* possède la constitution d'une sphère; dans cette seconde partie, il recherche quelle est la forme des *embryons gemmaires*. L'existence de ces embryons, dit M. Dutrochet, a été prouvée par le fait des déplacemens auxquels sont sujets les bourgeons et les feuilles dans les aisselles où ils sont situés. Ces déplacemens prouvent, en effet, que les mérithales auxquels appartiennent ces feuilles sont primitivement libres d'adhérence avec le végétal qui les a produits. Le mérithale naissant considéré ainsi dans son état de liberté par rapport au végétal qui le produit, est ce que je nomme *embryon gemmaire;* sa petitesse excessive le dérobe à l'observation directe. Il faut donc pour que le mystère de son organisation nous soit dévoilé qu'il vienne à acquérir accidentellement un volume assez considérable sans quitter son organisation embryonaire. C'est effectivement ce que l'observation m'a fait voir.

On rencontre très-fréquemment sur les troncs des hêtres, des *noyaux ligneux* qui, contenus dans l'épaisseur de l'écorce, sont parfaitement isolés du bois de l'arbre. C'est un fait très-généralement connu, mais le développement de ces tumeurs n'avait pas encore été suivi. M. Dutrochet les a vus d'abord très-petits et globuleux, quelques-uns gros comme des têtes d'épingle, ils sont pourvus d'une écorce propre qui adhère à l'écorce générale de l'arbre dont elle est enveloppée de toute part, mais qui s'en distingue facilement par la direction de ses fibres.

La forme de ces noyaux ligneux varie chez le hêtre, ils sont généralement irrégulièrement arrondis. On en trouve également de sphéroïdaux chez le cèdre du Liban, mais chez ces derniers arbres, ils offrent le plus souvent un ou plusieurs prolongemens coniques, lesquels sont dirigés horizontalement vers le bois de l'arbre qu'ils touchent par leur pointe, laquelle est très-fine. En grossissant, les noyaux ligneux pressent et amincissent la portion d'écorce qui les sépare du bois de l'arbre, et lorsqu'ils sont ainsi parvenus à le toucher, ils y deviennent adhérens. C'est ce qui donne naissance aux *loupes*. Lorsque la soudure se fait de bonne heure, il naît communément de la tumeur une branche qui ne prend que peu d'accroissement.

Le noyau ligneux sphérique offre dans tous les sens des couches ligneuses concentriques et des rayons médullaires divergens du centre à la périphérie. En somme, il est formé d'une suite de couches sphériques qui s'enveloppent l'une l'autre, et sont plus épaisses du côté qui regarde le bois de l'arbre, ce qui tient sans doute à ce que, de ce côté, le noyau reçoit plus de sève nutritive. Cette sève est le cambium qui, on sait, afflue abondamment dans le lieu de jonction des deux systèmes cortical et central de l'arbre. Le noyau, du reste, est en sève en même temps que l'arbre qui le porte, et chaque année il s'augmente d'une couche ligneuse sphérique, comme l'arbre qui le porte s'accroît d'une couche ligneuse cylindrique. Dans le cas où, comme dans les tumeurs du cèdre, il y a des prolongemens coniques, la nouvelle couche affecte aussi la forme d'un cornet conique.

La petite branche que produit quelquefois le noyau ligneux lorsque, jeune encore, il devient adhérent au bois de l'arbre, part toujours de sa partie centrale, en sorte qu'il est évident, dit M. Dutrochet, qu'il se comporte ici comme un mérithale. Ce noyau avec sa petite branche, poursuit l'auteur, ressemble d'une manière frappante au corps tubéreux et radiciforme du *tamus communis*, corps qui est véritablement le mérithale primordial de cette plante, lequel est devenu tubéreux et souterrain. Le mérithale primordial du tamme s'accroît en grosseur par nouvelles productions concentriques, lesquelles sont plus développées dans la partie diamétralement opposée à l'endroit qui donne naissance à la tige, en sorte qu'il se produit des prolongemens radiciformes qui, au lieu de descendre verticalement, se portent horizontalement vers le tronc.

On pourrait penser, dit M. Dutrochet, que les noyaux ligneux sont des bourgeons; mais leur structure ou leur constitution de sphère prouve qu'il n'en est rien. Le centre du noyau ligneux est occupé par un très-petit globe autour duquel les couches concentriques se sont successivement développées. Ce petit globe central naît près de la surface de l'écorce et séparé du tronc par presque toute l'épaisseur de cette écorce. On sait que la sève crue ou sève ascendante ne monte point du tout par l'écorce. Le noyau ligneux isolé dans le milieu de cette dernière ne reçoit donc point de sève ascendante. Il résulte de là que le liquide abondant qui lubrifie ce noyau ligneux au printemps, consiste entièrement en sève élaborée descendante, fournie par l'écorce dans laquelle il est contenu.

L'observation de l'accroissement par couches successives des noyaux ligneux complètement isolés du bois de l'arbre, établit définitivement, dit M. Dutrochet, une vérité encore aujourd'hui contestée; c'est que cet accroissement par couches est le résultat d'un travail organique local, et non le résultat de la superposition de prétendues racines des bourgeons.

Par ces observations, ajoute l'auteur, se trouve définitivement établie cette vérité nouvelle que j'avais précédemment entrevue; savoir que les mérithales sont des êtres individuels engendrés par le végétal qui les porte, et dépourvus dans le principe de véritable continuité de tissu avec lui.

La plupart du temps, les mérithales embryonaires ou embryons gemmaires se greffent très-promptement sur le végétal qui les a engendrés; en sorte qu'il s'établit entre eux une continuité de tissu, mais il arrive quelquefois que cette greffe du mérithale nouveau-né éprouve normalement certains retards qui permettent de voir la séparation qui existe entre ce nouveau mérithale et le bois du mérithale qui l'a engendré. Le peuplier de Virginie (*populus monilifera*), en offre un exemple très-remarquable. Chez cet arbre, les scions de l'année, lorsque leur végétation n'est pas extrêmement vigoureuse, laissent facilement apercevoir qu'ils sont issus chacun d'un embryon gemmaire sphérique, lequel quoique développé en mérithale, laisse encore voir sa base arrondie, base qui n'a encore contracté qu'une adhérence fort imparfaite avec le bois de la branche qui a produit ce nouveau scion né d'un bourgeon normal. Aussi ce scion se détache-t-il très-facilement par sa base du lieu de son origine, et on voit facilement qu'il n'y a point eu de rupture des fibres ligneuses.

Ce fait, ajoute M. Dutrochet, nous prouve que les bourgeons normaux, comme les bourgeons adventifs, naissent également d'embryons gemmaires sphériques primitivement isolés du végétal générateur. Il est certain que les embryons gemmaires normaux naissent en dedans de l'étui médullaire, et par conséquent dans la moelle ou médulle centrale; nous venons de voir que les embryons gemmaires adventifs naissent dans le tissu de l'écorce, et très-probablement dans son parenchyme ou dans sa médulle corticale, laquelle est identique de nature avec la médulle centrale, ainsi que je l'ai fait voir ailleurs. Il paraît donc certain que c'est dans la médulle que naissent les embryons végétaux.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars.

Préservatif de la syphilis. — Luxation du tibia. — Pain de fécule de riz.

La correspondance officielle comprend l'envoi d'une liqueur extraite d'un végétal de l'Inde et des fragmens cachetés de ce végétal que l'auteur donne comme propre à neutraliser les effets des morsures des serpens et des animaux enragés. Une longue discussion s'engage au sujet de savoir à quelle commission on renverra l'examen de ce remède. (Renvoi à la commission des remèdes secrets.)

Le vice-consul de Tanger (Afrique) envoie un travail rédigé par un médecin sur le choléra qui a sévi dans cette ville et sur le traitement qui a le mieux réussi. (Ce traitement consiste dans l'emploi de l'huile au dedans et au dehors.)

— M. Serre, de Montpellier, prend date pour une modification qu'il vient de faire subir à la cheiloplastie : en disséquant la muqueuse buccale restée saine, il la ramène au niveau de la division de la peau et simule ainsi la conformation naturelle des lèvres.

— M. Sanson fait observer que cette modification a déjà été mise en pratique par M. Dieffenbach.

— M. Ferdinand Martin envoie le modèle d'une nouvelle scie à molettes.

— M. le président annonce qu'une séance extraordinaire aura lieu samedi pour la lecture des mémoires arriérés.

— M. Maingault demande un tour de faveur pour lire un mémoire aujourd'hui même; le bureau ayant proposé de renvoyer cette lecture à samedi, cette décision est confirmée par l'Académie, à la majorité de 20 voix contre 17.

— M. Gimelle lit, au nom d'une commission, un mémoire de M. X. sur un moyen préservatif de la syphilis. Ce mémoire ne comprend qu'une demande et une réponse, laquelle est ainsi conçue : Faire laver la femme avant le coït, se retirer promptement, uriner et se laver exactement les parties génitales. La commission croit devoir s'abstenir de réflexions et dans l'intérêt même de l'auteur, qu'on dit être un médecin honorable, propose de passer à l'ordre du jour, sans décacheter le billet qui contient son nom. (Très-bien. Adopté.)

Autre rapport sur un autre moyen préservatif de la syphilis, consistant dans des ablutions avec une décoction de plantes inconnues avec addition de camphre, d'alcool et de potasse caustique, et pour lequel l'auteur demande un brevet d'invention. (Rejetté comme illusoire et dangereux.) M. Adelon propose d'ajouter aux conclusions que jamais l'Académie ne sanctionne la demande de brevets pour des remèdes. (Adopté.)

— Autre rapport de M. Gimelle sur une luxation du tibia en arrière. Par M. Blanchard, de Reims. Luxation occasionée par un train de voiture qui avait poussé la cuisse en avant, tandis que la jambe était fixée. La réduction fut facile, 25 sangsues, et des topiques émolliens suffirent pour conjurer les accidens. Après trois semaines la malade put se lever et la guérison fut complète au bout de deux mois. La science ne possède que trois observations, encore fort incomplètes, de cette luxation à laquelle Boyer et Richerand ne croyaient pas. M. le rapporteur s'est livré à des expériences sur le cadavre et il a vu que toujours les ligamens latéraux sont intacts, à part quelques fibres postérieures; que les ligamens croisés et le ligament postérieur sont déchirés; que tantôt la tête du péronée est luxée, tantôt arrachée par la tension du ligament externe. Ceci constate la nécessité de réduire et de combattre les accidens avant d'en venir à l'amputation, ressource extrême. L'observation de M. Blanchard est la plus complète que possède la science. Le rapporteur propose de remercier l'auteur, de l'inscrire parmi les candidats au titre de correspondant et d'insérer son travail dans les fascicules.

— M. Villermé rapporte, à cette occasion l'observation déjà publiée de Benjamin Constant qui s'était luxé le genou et qu'il vit, conjointement avec Dupuytren. A cette époque un célèbre chirurgien conseilla l'amputation; cependant le malade se rétablit, sauf un peu de claudication entretenue par divers accidens.

— M. Londe raconte qu'une nuit il éprouva une douleur vive dans le genou, laquelle disparut le matin, se reproduisit plus tard et ainsi plusieurs fois, une entre autres où la jambe resta fléchie pendant trois jours et se redressa à

l'occasion d'un mouvement qu'il fit pour se baisser. M. Marjolin qualifia ces accidens de luxation des cartilages semi-lunaires, affection bien décrite par Astley Cooper. M. Londe demande un moyen de prévenir ces accidens. (Rire général.)

— M. Gimelle reconnait dans ces accidens les symptômes d'un corps étranger dans l'articulation.

— M. Amussat, contrairement à M. le rapporteur, dit avoir vainement essayé de produire des luxations du genou sur le cadavre.

— M. Moreau demande que le rapport soit imprimé avec l'observation. (Adopté.)

— M. Mérat lit un rapport très-favorable sur le pain de M. Arnal, contenant de la fécule de riz. Ce pain, blanc, léger, savoureux, nutritif, distribué à la population de Paris produirait une économie de 18 millions par an, le pain de 12 sous pouvant être donné à 10 sous.

— M. Nacquart a trouvé ce pain sec, aride et détestable.

— M. Mérat. Les membres de la commission qui en ont vécu pendant dix jours ne sont pas de cet avis.

M. Moreau trouve les conclusions trop favorables et entre à cet égard dans des considérations d'économie politique. Ce pain rendrait la France tributaire des pays qui produisent le riz, lequel bientôt, finirait par enchérir. Ce pain d'ailleurs nourrit-il autant que le pur froment? C'est ce qu'il fallait expérimenter non pas sur des citadins oisifs et bien nourris d'ailleurs, mais sur des soldats, des cultivateurs, des manœuvres.

— M. Lodibert observe que les Indiens qui se nourrissent de riz sont plus faibles que les Européens.

— M. Adelon établit qu'il faut dans ce pain considérer le *rendement*, les propriétés nutritives et la digestibilité. Pour le rendement il est certain que ce pain contenant plus d'eau (12/24) que le pain de froment (25/100) est nécessairement moins nutritif, car l'eau ne nourrit pas.

— M. Mérat répond à ces diverses objections : 1° qu'il ne faut pas comparer ce pain au pain de munition qui *leste* davantage, mais au pain blanc qui certes soutient moins; 2° que M. Desgenettes a vu en Égypte des soldats qui se nourrissaient de riz sans se trouver plus faibles; d'ailleurs il faut, à cet égard, s'en rapporter à l'expérience du public; 3° qu'il est démontré qu'une once de riz nourrit autant que trois onces de pain.

Vu l'importance de la question, l'Académie renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. Lisfranc présente plusieurs pièces d'anatomie pathologique peu remarquables.

Séance extraordinaire du samedi 4 avril.

Affection particulière du poignet. — Fonctions des nerfs. — Electro-moteur.

M. Maingault lit un mémoire sur l'inflammation des coulisses des tendons du carpe; l'auteur décrit avec soin cette affection déjà signalée comme assez fréquente chez les hommes de peine et dont M. Velpeau a donné une description succincte dans une des dernières séances de la Société médicale d'Emulation. (Renvoyé au comité de publication.)

— M. Lacroix lit un long mémoire sur les anastomoses des nerfs, considérées comme servant à coordonner les mouvemens involontaires à la sensibilité, dans l'accomplissement des fonctions organiques et sensoriales. L'auteur pense que c'est une loi générale de l'organisation que la sensibilité soit un excitateur direct de la contraction; que les anastomoses sont les voies de transmission de l'excitation; que les muscles volontaires sous l'influence d'impressions perçues par les nerfs de la sensibilité, sont susceptibles d'exécuter, sans la participation des centres nerveux, des mouvemens involontaires concourant à l'accomplissement des fonctions organiques ou sensoriales. (Commissaires, MM. Breschet, Duméril et Desportes.)

— M. Coudret lit un mémoire intitulé : Exposé des premières données fondamentales de la médecine électro-pathique. Il donne la description d'un instrument qu'il appelle électro-moteur et qu'il croit propre à soutirer l'électricité des parties malades. Cet instrument, imaginé par M. Fozombas, de Bordeaux, consiste dans une boîte de verre ou autre substance isolante, dont le fond est constitué par un double plancher métallique hérissé de pointes d'acier qui s'appliquent aux surfaces sans les blesser; de la surface externe de ce fond métallique part une chaîne de métal destinée à faire communiquer l'appareil avec le sol ou réservoir commun. Cet appareil, selon l'auteur, en soutirant l'électricité des surfaces enflammées ou douloureuses, calme les accidens, diminue la fréquence du pouls, etc. (Commissaires, MM. Thillaye, Bouillaud et Piorry.)

Séance du 7 avril.

Cure radicale des hernies. — Pain de fécule de riz.

M. Gerdy fait part à l'Académie d'une méthode qu'il vient d'inventer pour la cure radicale des hernies et qui consiste dans les manœuvres suivantes : 1° enfoncer avec le doigt, dans le canal herniaire, la peau qui se trouve au devant, à la manière d'un doigt de gant; 2° réunir l'orifice de ce cul-de-sac artificiel, au moyen de quelques points de suture; 3° enflammer avec l'ammoniaque ou autrement les parois de ce cul-de-sac, de manière à les faire adhérer entre elles. Après quoi l'appendice de peau rentrée forme un bouchon qui s'oppose efficacement et à jamais à la sortie de la hernie. M. Gerdy a guéri un malade dans l'espace de huit jours, un autre est en voie de guérison.

— M. Souberbielle, dans une lettre au sujet du pain de pomme de terre que Parmentier fabriquait dès 1780, raconte que frère Côme avait un moyen de guérir l'ictère, qu'il considérait comme infaillible et avec lequel il débarrassa le comte d'Espagnac d'une jaunisse. Ce moyen consiste dans un gros de feuilles de noyer infusées dans du vin et administrées plusieurs fois par jour.

— M. Julia Fontenelle écrit en faveur des propriétés nutritives du riz, qu'il explique d'après ce principe que les alimens sont d'autant plus nutritifs qu'ils contiennent plus d'élémens solides proportionnellement à l'eau de végétation. Cette lettre donne naturellement suite à la discussion sur le pain de fécule de riz.

— M. Chevalier, sachant que M. Arnal est présent à la séance, demande s'il convient que l'auteur d'un travail assiste à la discussion de ce travail. Il blâme M. Arnal d'avoir fait imprimer, en réponse aux argumens émis dans la séance précédente, une lettre inconvenante. (Murmures et dénégations.)

— M. le président répond que les convenances académiques demandent, en effet, que l'auteur s'abstienne d'assister à la discussion. (M. Arnal reste à sa place.)

— M. Mérat résume la dernière discussion en six points : 1° on a dit que le rendement de la fécule de riz était dû à l'eau qui ne nourrit pas ? Mais ce pain est aussi sec que l'autre ; le riz qui contient plus de fécule absorbe plus d'eau ; cette eau s'y combine peut-être de manière à le rendre plus nutritif ; 2° le riz ne contient point de gluten ? Mais le gluten ne nourrit pas, il favorise la fermentation ; 3° On aurait dû expérimenter sur des soldats, des villageois ? Nous avons dû expérimenter sur des individus qui ordinairement se nourrissent de pain de froment ; 4° Le riz deviendra plus cher ? Tant pis pour les fabricans de pain de riz, et si leur pain ne vaut pas l'autre le public le leur laissera ; 5° Le commerce de la boulangerie en souffrira ? Mais c'est le résultat nécessaire de tout perfectionnement en tout genre d'industrie ; 6° Il s'agit d'une grave question d'économie politique ? Mais elle n'est pas de notre compétence et d'ailleurs l'autorité a déjà permis la vente de ce pain. La commission, en définitive, trouve dans ce pain des qualités égales à celles du pain de pur froment ; elle persiste dans ses conclusions.

Une longue discussion suit ce second rapport. MM. Planche, Pelletier, Piorry, Lodibert, Adelon, Chevalier, Moreau, Chervin prennent successivement la parole pour ou contre. Les principales objections portent sur ce que les propriétés nutritives du riz ne sont pas démontrées être égales à celles du froment.

— M. Andral. Il résulte de la discussion que la question est indécise, en conséquence l'Académie ne doit pas se prononcer. Qu'elle dise ce pain est *beau*, il est *bon ;* mais est-il aussi *nourrissant* que le pain de froment ? Le temps et l'expérience pourront seuls prononcer. (Adopté, aux voix.)

— M. Adelon propose une rédaction analogue.

— M. Double. Dans cette question qui n'émane pas de l'autorité, nous ne sommes pas obligés de nous prononcer et nous sortirions de difficulté en prononçant l'*ajournement des conclusions jusqu'à plus ample informé*, après avoir toutefois remercié la commission de son travail. (Plusieurs voix : c'est cela, adopté, aux voix.)

L'Académie consultée vote l'ajournement des conclusions.

— M. Lisfranc présente une articulation tibio-tarsienne affectée de tumeur blanche.

Séance du 14 avril.

Restauration de la face. — Luxation du genou.

M. Serre, de Montpellier, réclame contre l'assertion de M. Sanson qui, dans une des précédentes séances, a revendiqué en faveur de M. Dieffenbach l'idée de conserver la muqueuse pour simuler les lèvres dans les restaurations de la face. M. Serre n'a pas lu le mémoire de M. Dieffenbach, mais dans les extraits qui sont passés sous ses yeux, il n'a pas vu que ce chirurgien eût mis ce procédé en usage dans le cancer des lèvres, des joues, etc.

— M. Sanson ne conteste pas la priorité de M. Serres quant à certaines opérations ; mais il a dit que le *principe* appartenait à M. Dieffenbach, qui en a fait l'application dans le cas de coarctation de la bouche, et a fait, à Paris, la démonstration publique de ses procédés, qu'on peut appliquer à tous les genres d'opération.

— M. Fiard adresse une observation d'empoisonnement par une décoction d'orties (*urtica urens*) ; commissaires : MM. Orfila et Ollivier (d'Angers).

— M. Arnal écrit pour demander qu'une nouvelle commission soit nommée pour statuer définitivement sur les propriétés nutritives du pain de fécule de riz.

— M. Larrey lit une observation de luxation du genou, avec commentaires : cette note était écrite avant le rapport fait récemment par M. Gimelle sur le même sujet. M. Larrey considère la luxation complète du genou comme très-rare, jusqu'ici non constatée par des observations authentiques, et nécessitant l'amputation de la cuisse. Il décrit les phénomènes de la luxation incomplète dont il présente un exemple fort remarquable, pièce naturelle et plâtre. Dans le cas de rupture des ligamens croisés, la station ne se rétablit jamais complétement, et souvent l'ankylose succède.

— M. Gimelle objecte à M. Larrey que Heister et M. Sanson disent avoir observé des luxations complètes du genou en arrière, dans lesquelles le membre s'est rétabli sans ankylose.

— M. Larrey persiste dans ses doutes.

— M. Sanson avoue que les faits rapportés par les auteurs sont incomplets, même celui observé par lui ; car, lorsque ce cas s'est offert, il était encore très-jeune ; mais il se rappelle fort bien que c'était chez une femme de 62 ans ; que les condyles étaient entièrement passés devant le tibia ; que la rotule était déjetée en dehors et la jambe contournée dans le même sens, comme dans l'observation de M. Larrey ; que la réduction fut facile, et qu'au bout de deux mois, la malade, exempte d'ankylose, put marcher avec une béquille. Là s'arrêtent ses souvenirs.

— M. Larrey reconnaît dans la déviation de la jambe et de la rotule les caractères d'une luxation incomplète. — M. Sanson assure qu'elle était complète.

— M. Louyer-Villermay s'inscrit aussi contre les conclusions de M. Larrey, pour ce qui concerne le cas de Benjamin Constant : la luxation guérit très-bien sans ankylose.

(Le travail de M. Larrey est envoyé au comité de publication).

— M. Pariset donne lecture d'une longue instruction destinée à M. Gaymard, qui va parcourir les mers du nord ; outre la longue série de questions que contient ce travail, il comprend l'histoire du Groenland et de l'Islande.

(Envoi au comité de publication).

Séance du 21 avril.

Le ministre approuve les modifications faites au règlement de l'Académie, pour le mettre en harmonie avec l'ordonnance qui supprime les adjoints.

— M. Londe demande lecture de la lettre ministérielle. Après courte discussion, l'Académie consultée vote pour la lecture. Dans cette lettre, il est question de *président d'honneur*. M. Parisot s'empresse de faire observer que dans la communication faite par l'Académie il n'était pas question de ce titre annulé par la mort du titulaire.

— M. Deneux dit qu'en effet il a demandé, dans le temps, l'abolition de ce titre, mais qu'on n'a pas donné suite à cette proposition; qu'en conséquence le titre existe encore.

— M. Marc demande que cette question ne soit agitée qu'en comité secret. (Adopté.)

— M. le président annonce qu'on va procéder à la formation d'une nouvelle commission pour le pain Arnal, la première ayant donné sa démission.

— M. Deslongchamps demande qu'il soit passé outre à la demande de M. Arnal, l'Académie n'ayant point à s'immiscer aux affaires commerciales.

— M. Mérat répond que l'Académie étant saisie de l'affaire, il convient qu'elle y donne suite.

— M. Lodibert soutient que la question est insoluble, l'Académie ne pouvant procéder aux expériences longues et nombreuses, nécessaires pour décider la question relative à la faculté nutritive. Il fait entrevoir les conséquences de la solution, conséquences telles que si l'Académie prononçait que ce pain est préférable à celui de pur froment, il serait obligatoire au gouvernement de le mettre en usage pour tous les corps soumis à sa dépendance : armées de terre et de mer, prisons, bagnes, etc.

— M. Mérat dit que s'il faut beaucoup d'expériences la commission en fera pendant un an et plus, s'il le faut; elle n'est pas obligée a répondre après un temps limité.

— M. Rochoux fait remarquer qu'on s'éloigne du sujet en question, qui est celui de savoir si l'on nommera ou non une commission. Quoique peu confiant dans le résultat, il ne voit pas d'inconvénient à ce qu'une commission soit nommée.

— L'Académie consultée décide, à la majorité de 24 voix sur 20, que la commission démissionnaire ne sera pas remplacée.

— M. Roux ayant été nommé par l'Institut, conjointement avec M. Larrey, membre de la commission pour examiner le procédé curatif des hernies, proposé par M. Gerdy, déclare ne pouvoir faire partie de la commission de l'Académie. (M. Sanson est désigné en remplacement de M. Roux; M.***, en remplacement de M. Larrey.)

— M. Gérardin lit un rapport sur les vaccinations en 1834.

— A 4 heures et 1/2 l'Académie se forme en comité secret.

COMPTE-RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Diète prolongée. — Hypertrophie de la tunique musculaire des intestins dans la diarrhée. — Concrétions ossiformes. — Vessie cloisonnée.

Séance du 2 janvier 1835.

M. Sabatier lit une observation relative aux inconvéniens de la diète prolongée, dans les maladies.

M. Tanchou regrette de ne pas avoir entendu la lecture de toute l'observation; il croit cependant en connaître la substance. Il ne suffit pas de donner des alimens en assez grande abondance; il faut encore donner des alimens convenables. Il n'est pas indifférent que le régime soit animal ou végétal. Certaines maladies, le typhus, par exemple, proviennent d'une alimentation qui ne contient pas assez de matières alibiles. C'est ainsi que des gens de la campagne en sont atteints par suite d'une mauvaise nourriture, tandis que les mêmes effets résultent pour les élèves de nos écoles d'un régime trop excitant.

M. Delens regarde ce que vient de dire M. Tanchou comme une vérité pratique importante; il ajoute que le médecin doit tenir compte non-seulement de la *nature* de l'aliment, mais encore de son *état* liquide ou solide. Il a remarqué que certaines diarrhées, chez les enfans et même chez les adultes, qui ne cédaient pas à un régime délayant, à l'eau de gruau, à l'eau de gomme, etc., étaient promptement guéries par une diète sèche, par des biscuits, de la biscotte, etc.

M. Tanchou a vu une diète trop rigoureuse avoir de fâcheux effets dans le traitement des maladies vénériennes. Un Polonais qui, lors de la révolution de son pays, était venu à Paris pour solliciter des secours de la France, contracta une maladie vénérienne. Il consulta M. Tanchou pour savoir s'il pouvait dans l'état où il était, partir de suite pour la Pologne. La réponse étant négative, il se soumit à un traitement aussi sévère qu'on le voudrait, à la condition que sa guérison serait prompte. M. Tanchou conseilla trois potages légers, de l'eau pour boisson et une décoction de guimauve pour panser un chancre qui offrait le diamètre d'une lentille. La guérison devait être complète au bout d'un mois et demi. Cependant, ce laps de temps était déjà écoulé et le seul changement consistait en ce que le chancre était plus rouge, plus irrité. Pendant 15 jours, on administra la dose ordinaire de liqueur de Vanswieten, en continuant d'ailleurs le même régime. Nulle amélioration, insomnie, sueurs nocturnes. M. Tanchou se décida alors à conseiller un régime beaucoup plus substantiel, et surtout du bœuf et du mouton rôtis. En dix jours, le chancre fut cicatrisé.

Ce fait, qui est en contradiction avec ceux rapportés par M. Desruelles, prouve combien une diète rigoureuse peut être nuisible dans le traitement de la maladie vénérienne.

M. Prus dit que lorsqu'un résultat pratique a été établi

sur des milliers de faits observés par un homme éclairé et de bonne foi, comme M. Desruelles, on a mauvaise grâce à venir opposer quelques faits contraires. Toutefois, comme il est fondé à penser, d'après sa propre expérience, que la méthode vantée par quelques médecins militaires, compte, en ville, de nombreux insuccès, il croit utile de signaler les cas de ce genre.

Consulté, il y a quelques mois, dit M. Prus, par un mari qui portait sur le gland un chancre très-petit et très-bénin qu'il affirmait ne pouvoir attribuer qu'à une leucorrhée non vénérienne qu'avait habituellement sa femme, je me contentai de traiter l'ulcération indiquée par des émolliens et quelques applications de nitrate d'argent. Le chancre fut cicatrisé en quelques jours, et cependant le malade, qui est un homme très-timoré, continua avec une exactitude minutieuse les trois potages qu'il prenait chaque jour pour toute nourriture. Quinze jours ne s'étaient pas écoulés que la figure se couvrit, surtout au pourtour du nez et de la bouche, de syphilides non douteuses. L'arrière-bouche devint le siége de rougeurs plus que suspectes. Voulant savoir tout ce qu'on pouvait attendre du régime prescrit, j'obtins facilement du malade qu'il le continuât, ce qu'il fit avec une persévérance digne d'un meilleur résultat. Mais, les accidens ne faisant que s'accroître, j'eus recours à la liqueur de Vanswieten qui amena, en un mois, une guérison complète et solide. L'histoire du mari est exactement celle de la femme, avec cette seule différence que celle-ci eût, comme symptôme consécutif, au lieu de syphilides et de rougeurs au pharynx, une périostose sur la partie latérale gauche du front, périostose qui, développée au point d'égaler le volume d'une noix, pendant que la malade ne vivait que de potages, disparut en huit jours, sous l'influence de la liqueur.

M. Collineau : Nous avons eu et nous avons encore à la prison de St.-Lazare beaucoup de maladies vénériennes. Lorsque les femmes reçues dans cette maison n'ont que des symptômes locaux, on se borne à traiter ceux-ci par des émolliens et par des applications de nitrate d'argent. Chez les femmes, les écoulemens, qui d'ailleurs, ne sont pas toujours vénériens, sont rebelles aux antiphlogistiques. Lorsque la syphilis est constitutionnelle, il faut nourrir les malades pour favoriser l'exhalation et prévenir l'absorption. On donne généralement les trois quarts aux femmes en traitement.

Il y a long-temps, dit M. Mérat, qu'on connait l'importance du régime pour la guérison de la maladie vénérienne; dans la méthode qu'il a vu appliquer avec succès chez Boyveau-Laffecteur, deux points lui ont paru essentiels, un régime tonique et une chaleur soutenue.

M. Prus se rappellera toute sa vie le hideux tableau qu'il a eu sous les yeux, pendant l'hiver de 1812, dans les salles des vénériens du grand hôpital d'Utrecht, en Hollande. Les malades étant condamnés à prendre, matin et soir, pendant 40 jours, une forte dose de liqueur, presque tous, au bout d'un certain temps, avaient une salivation abondante, dont les suites étaient d'autant plus graves que beaucoup de nos soldats avaient le scorbut. Les officiers étaient bien moins malheureux; traités dans une grande chambre où on entretenait constamment une température de 16 à 20 degrés Réaumur, ils guérissaient avec une assez grande facilité. Dans ce temps déjà loin de nous, où les armées françaises se transportaient fréquemment d'un bout de l'Europe à l'autre, il a été souvent remarqué que la maladie vénérienne guérissait plus ou moins promptement, plus ou moins spontanément, quand un corps d'armée passait d'un climat humide et froid dans un climat sec et chaud. Dans le cas contraire, la guérison n'était obtenue que très-difficilement.

Le mercure est, pour M. Prus, un précieux modificateur qu'il faut employer avec réserve et dont les bons effets sont accrus et les inconvéniens diminués par une température constamment élevée.

M. Nicod rapporte que dans un voyage qu'il a fait en Suisse, il a eu occasion de lire un ouvrage de Sanchez, qui avait exercé la médecine en Russie, et qui avait traité dans ce pays un grand nombre de vénériens. Cet auteur a fait cette remarque curieuse, que dans des salles fortement chauffées, la facilité et la promptitude des guérisons étaient en raison directe de la proximité où les lits des malades se trouvaient des poêles.

Interrogé par M. Chailly sur l'existence ou la non-existence du mercure dans le rob administré par M. Boyveau, M. Mérat répond qu'il n'a pu avoir à cet égard que des soupçons.

M. Prus entretient la société d'un fait d'anatomie pathologique qui ne lui paraît pas avoir été suffisamment signalé. Il a vu dans plus de 20 cas de dévoiemens dysentériques, au-dessous de la muqueuse rouge, boursouflée, ramollie, ulcérée au-dessous de la couche cellulaire sous-muqueuse, plus ou moins injectée, plus ou moins augmentée de volume, la membrane musculaire du colon présenter une hypertrophie considérable, qui portait quelquefois son épaisseur à plus d'une ligne. Il se rend facilement compte de cette augmentation de nutrition dans une membrane musculaire qui a dû se contracter fréquemment et pendant long-temps. C'est ce qu'on remarque dans la musculaire de l'estomac, lorsqu'il y a un rétrécissement au pylore. Ce qui l'a étonné davantage, c'est que, chez un sujet qu'il a examiné la veille et dont la maladie ne datait certainement que de dix jours, l'hypertrophie de la membrane musculaire du colon avait acquis au moins l'épaisseur indiquée plus haut.

M. Forget cite une loi physiologique maintenant bien établie, que les muscles prennent un accroissement en rapport avec la fréquence et la force de leurs contractions. Mais dans la dysenterie, maladie qu'il a malheureusement eu trop d'occasions d'observer, le calibre de l'intestin est souvent tellement diminué par suite de contractions spasmodiques qu'il faut bien prendre garde de s'en laisser imposer par une augmentation d'épaisseur de la membrane musculaire, augmentation qui peut dépendre d'un rétrécissement de l'intestin tout aussi bien que d'une véritable hypertrophie.

M. Naequart ne partage pas l'étonnement qu'a manifesté M. Prus relativement à une hypertrophie qui aurait eu lieu en dix jours. Il ne doute pas qu'il y ait une hypertrophie aiguë. Il voudrait seulement savoir si, dans les cas observés, l'augmentation de volume était due à une hypertrophie musculaire.

M. Prus répond à M. Forget qu'il conçoit très-bien l'existence et l'importance d'un rétrécissement spasmodique de l'intestin dans certaines épidémies de dysenterie. Il affirme

qu'il n'existait rien d'analogue chez les vieillards qui lui ont fourni les observations qu'il a citées. Quant à la question faite par M. Nacquart, celle de savoir si l'hypertrophie musculaire était la cause de l'augmentation de volume de la musculeuse, il croit pouvoir déclarer qu'il ne conserve aucun doute à ce sujet.

M. Delens. C'est un point très-difficile à déterminer que celui de savoir comment s'opère l'hypertrophie musculaire. Les faisceaux musculaires les plus petits, ceux que l'on ne peut voir qu'au microscope, une fois arrivés à certain degré, ne grossissent plus. Il y a une mesure donnée pour la dimension que peut acquérir une fibrille musculaire. L'augmentation de volume est due à une espèce de bourgeonnement, à des ramifications nouvelles. C'est de cette manière que se fait l'accroissement dans le règne animal comme dans le règne végétal.

M. Nacquart : Quoique les assertions émises par M. Delens ne paraissent pas laisser de doute dans son esprit, elles me semblent cependant de nature à être contestées. Je connais, ajoute M. Nacquart, les beaux travaux de M. de Mirbel sur l'accroissement des végétaux ; mais je pense qu'il n'en faut rien conclure pour la croissance des animaux. J'ai vu des muscles hypertrophiés qui semblaient ne devoir une augmentation de volume qu'au grossissement progressif des fibres qui les constituaient. Leuwenhoek a fait la même observation. Si l'on admettait la théorie de M. Delens, il faudrait croire que les nouvelles ramifications seraient résorbées quand le muscle perdrait de son volume, ce qui est loin d'être prouvé. Quand un muscle s'atrophie, il conserve le même nombre de fibrilles musculaires.

M. Delens réplique qu'il faut distinguer avec soin la véritable hypertrophie de la fausse hypertrophie ; celle-ci résulte de l'augmentation du diamètre d'un corps par adjonction, d'une substance intermédiaire ; dans la véritable hypertrophie, au contraire, il y a multiplication de parties similaires. Si pour l'hypertrophie musculaire la chose est difficile à constater, c'est qu'il faut peut-être plus de 300 fibres musculaires pour faire le diamètre d'un millimètre. Il en est des fibrilles musculaires comme des globules du sang, qui ont la même dimension chez l'adulte et chez l'enfant ; seulement ils sont plus nombreux chez le premier que chez le dernier.

Séance du 16 janvier.

La correspondance manuscrite contient une note de M. Guibourt, dans laquelle ce savant chimiste donne l'analyse des concrétions trouvées par M. Prus dans la plèvre d'un vieillard.

M. Delens dit que cette analyse est parfaitement conforme à tout ce qu'on a observé jusqu'à présent de ces sortes de substances ; néanmoins on se tromperait étrangement si on pensait qu'il n'existe point de différence entre les os ordinaires et les concrétions ossiformes ; celles-ci ne sont nullement des ossifications, et ce qui les caractérise, c'est la prédominance du phosphate et du carbonate de chaux.

M. Leroy d'Étiolles met sous les yeux de la société une vessie partagée en deux portions inégales par une cloison transversale ; un calcul ayant la forme d'une poire aplatie occupait la poche postérieure et se prolongeait à travers une ouverture de la cloison dans la portion antérieure de la vessie, où arrivaient les uretères ; cette vessie était celle du général Fournier d'Albe, âgé de 70 ans, qui depuis plus de trente ans souffrait en urinant sans avoir jamais voulu consulter ou se faire sonder ; la difficulté d'uriner allant toujours en augmentant, la rétention fut alors complète, et cette personne fut alors forcée de céder aux instances de M. Rayer, son médecin, et de se faire sonder. M. Leroy, ayant été appelé, rencontra un rétrécissement à six pouces environ dans le canal, qu'il parvint à franchir avec une petite sonde d'argent ; une quantité d'urine équivalant à trois verres fut évacuée et pourtant la tumeur formée par la vessie s'élevant jusqu'à l'ombilic ne s'affaissait point ; une pierre s'avançait jusqu'au col de la vessie, et ce n'était qu'en la repoussant que l'on pouvait pénétrer dans cet organe. M. Leroy crut un instant que cette tumeur était formée par la pierre ; cependant, en examinant la chose de plus près et plaçant les mains sur le sommet de la tumeur, en même temps qu'il soulevait la pierre avec la sonde, il acquit la certitude qu'un liquide s'y trouvait contenu ; glissant alors la sonde sur la surface de la pierre, il la fit pénétrer plus profondément et donna issue à une quantité d'urine plus grande que celle précédemment évacuée par l'affaissement de la tumeur ; c'était la pierre qui, fermant l'ouverture de communication de cette dernière poche, avait forcé l'urine d'y séjourner. Dès l'abord, M. Leroy avait déclaré que la lithotritie ne pouvait être tentée à cause de la sensibilité de la vessie, de son état de contraction et de l'inflammation catarrhale dont elle était le siége ; la taille sus-pubienne lui parut pouvoir seule être essayée, car si les vices de conformation que faisait supposer le cathétérisme existaient en effet, la taille sus-pubienne pouvait permettre une action libre et fournir seule les moyens de les surmonter ; cependant, une fièvre continue forçait d'ajourner cette opération ; cette fièvre s'aggrava ; un hoquet opiniâtre, que M. Leroy regarde comme un signe distinctif des altérations profondes de la vessie et surtout des reins, se manifesta sans que rien pût le calmer ; la faiblesse alla en augmentant, la langue devint couleur lie de vin, autre signe caractéristique de ces maladies, selon M. Leroy, et la mort eut lieu. A l'ouverture, on trouva dans la vessie les altérations susmentionnées, et de plus une inflammation des deux reins, qui étaient farcis de petits abcès miliaires. L'inflammation des reins paraît avoir été la cause immédiate de la mort ; enfin, la rétention prolongée de l'urine a, suivant l'opinion de M. Leroy, déterminé la néphrite.

M. Tanchou tire cette conséquence du fait communiqué par M. Leroy, qu'il y avait évidemment dans cette vessie deux cavités ; mais étaient-elles congéniales ou acquises ? Quant à lui, il penche pour cette dernière manière de voir, et voici l'explication qu'il en donne : une cause quelconque aura produit une affection de la vessie, les colonnes charnues de cet organe se seront enflammées et auront déterminé la formation d'une poche morbide dans laquelle un calcul se sera développé ; et par suite de la difficulté que les urines avaient à passer d'une cavité dans l'autre, il sera résulté une distension considérable de la première poche, et c'est à cet état morbide qu'on doit attribuer les accidens qui ont amené la mort.

Je répondrai aux objections qui me sont faites, dit M. Leroy, que j'ignore si cette disposition était acquise ou congéniale ; néanmoins je crois qu'elle était congéniale ; dans ce moment, je me borne à présenter la pièce anatomique.

M. Mérat dit : On sait généralement que Jean Jacques Rousseau éprouvait des douleurs très-vives toutes les fois qu'il urinait ; ayant eu dernièrement occasion de lire le procès-verbal de l'ouverture de son corps, j'ai appris que cependant on n'avait rien trouvé vers la vessie et que les souffrances qu'il avait éprouvées pendant sa vie dépendaient probablement d'un état nerveux de cet organe.

M. Forget fait observer que Jean-Jacques Rousseau était hypochondriaque, et qu'en conséquence il exagérait sans doute ses douleurs physiques de même que ses peines morales.

M. Delens rappelle à la Société que, relativement aux douleurs nerveuses qui simulent la présence d'une pierre dans la vessie, on peut citer l'observation d'un médecin de la capitale chez lequel on pratiqua l'opération de la taille, alors cependant qu'il n'existait point de calcul ; toutefois, le malade cessa entièrement de souffrir, et l'état nerveux des voies urinaires disparut par l'effet de l'opération.

PRUS, DEVILLE,
Secrétaires particuliers.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 5. — MAI 1835.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

De l'ab irritation, Mémoire mentionné honorablement au concours de 1830, sur la question suivante, proposée par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles : *En quoi consiste l'ab-irritation? quelles sont les maladies qui peuvent en résulter? déterminer leurs causes, leurs symptômes, et leur traitement.*

Par E. Thirion, docteur en médecine, chirurgien et accoucheur, etc., à Namur.

« L'observation de la nature finit nécessairement après
» des détours plus ou moins longs, par ramener
» les hommes dans les voies de la vérité.

(M. Boussais, de *l'Irritation et de la Folie*, Paris, 1828, p. 178.)

Lorsque l'on promène un regard attentif sur l'histoire des sciences et des arts, on est frappé d'une admiration ravissante à la vue des progrès immenses que l'esprit humain a fait ; on n'en reste pas moins étonné lorsque l'on a revu l'histoire des hommes considérés comme corps social. Sous chacun de ces rapports, le perfectionnement de l'intelligence humaine a pour le physiologiste quelque chose de bien plus admirable encore. En effet, soit que l'on considère la supériorité intellectuelle ou morale des hommes de notre siècle, comme étant le fruit d'une foule de méthodes d'enseignement remarquables par leur grande simplicité et leur admirable exactitude ; soit que l'on admette, ce qui pour moi est une vérité, que ces brillantes méthodes d'enseignement ou d'instruction ont jailli du sein de ces associations de savans ; quand même on répéterait cette autre vérité : que c'est du milieu de ces corporations savantes que sont parties ces sources d'industrie et de lumière qui ont pénétré les peuples, et qui après avoir étendu et animé la sphère de leur intelligence, sont devenues chez eux un moyen de mieux apprécier et leur puissance et leurs droits, un moyen surtout qui semble devoir finir par une association intime des nations liguées pour leur bonheur commun, et pour la destruction éternelle des despotes ; quand même dis-je on s'extâsierait sur toutes ces particularités inhérentes à l'organisation humaine, le physiologiste ne verrait dans tous ces prodiges de son espèce, que des effets, des résultats de *l'action* cérébrale. C'est en effet ce lointain phénomène, *l'action*, le *mouvement* de la fibre vivante qui semble être la barrière

où son œil investigateur doit s'arrêter parce que jusque là les faits parlent aux sens; et que là où ils se taisent le physiologiste cède sa place aux oracles de l'*inconnu* et de la métaphysique. Mais que de choses dans la science de la vie! et sans sortir des limites du vrai quelle source féconde pour le médecin où il peut puiser les bienfaits de la plus pure philantropie : tel est le but que doit atteindre le véritable médecin. Mais le chemin qu'il doit parcourir est hérissé de difficultés; le public ingrat, et le concurrent jaloux et souvent injuste, sont les principaux propagateurs des obstacles qu'il rencontre sur sa route; et si la justice ne lui prêtait son appui et ne relevait en lui ces hauts sentimens qui caractérisent l'homme philosophe, il ne recueillerait aucun fruit de ses veilles ni de ses travaux. Mais la vérité finit par percer, le mérite a un éclat qui lui est propre, et l'équité est forcée de la reconnaître.

Les obstacles que nous venons de rencontrer dans la carrière de l'homme à talent, ne me sont pas applicables, parce que je n'ai pas la prétention d'appartenir à cette classe distinguée de la société. En me livrant sans paresse à l'étude de la médecine, des lois de la vie, et aux investigations cadavériques, je n'ai eu pour unique but que de remplir dignement les engagemens que, par vocation, j'ai contractés envers mes semblables. Ma tâche sera-t-elle remplie? oserai-je me flatter d'avoir quelquefois trouvé la vérité? oserai-je espérer sans prévention, d'avoir renversé des opinions erronées et les avoir remplacées avec exactitude par les miennes? Telles sont les questions que doit toujours se faire celui qui livre aux jugemens des hommes, des idées qui peuvent être utiles à la société si elles sont vraies, mais nuisibles si elles sont fausses.

Mon but a été d'être utile; je ne me flatte pas de l'avoir atteint. J'ai travaillé pour y parvenir parce que tout travail laisse toujours une foule d'avantages à celui qui s'en occupe : je ne serai donc pas sans récompenses si le jugement de la Société ne m'est pas favorable. Dans le cas contraire, l'honneur qui m'en reviendra apportera de sa source son degré de supériorité. Les noms d'auteurs indiqueront les sources où j'aurai puisé; la vérité doit être recueillie n'importe le lieu où on la trouve.

En quoi consiste l'ab-irritation et quelles sont les maladies qui peuvent en résulter?

Sur le mot *ab-irritation*. *Sub excitation* vaut mieux.— *Ab-irritation*, s. f., *ab-irritatio* (*ab* de *irritatio*, irritation), mot introduit en médecine par M. Broussais, et qui signifie, d'après lui, diminution des phénomènes vitaux dans les divers tissus; mais *ab-irritation*, ne peut signifier qu'*absence de l'irritation*, et ainsi d'après son étymologie, il représente l'état normal. D'après cela les mots *asthénie* et *atonie*, usités depuis long-temps, conviennent mieux, en ce sens qu'ils représentent positivement l'état morbide caractérisé par le défaut de ton.

M. Broussais a probablement senti l'imperfection attachée à son innovation, et *l'ab-excitation* est souvent employé par lui, dans son ouvrage sur l'irritation et la folie, pour représenter le même état morbide; ce nouveau choix n'est pas plus heureux; *l'ab-excitation* ne peut également signifier qu'absence de l'excitation et dans ce cas il représente l'état de mort.

D'après ces considérations, nous proposons le mot *sub-excitation*, (de *subter*, dessous, etc.), et nous le considérons comme le plus propre à représenter cet état anormal, et le plus en harmonie avec la classification attachée à la brillante doctrine du professeur de Paris. Sans vouloir prétendre à la ridicule qualité de puriste, voici comment je classe la nomenclature de M. Broussais, et quelles sont les deux légères modifications que j'y fais subir :

Nomenclature qui nous est familière. — 1° *Sub-excitation*, diminution des phénomènes vitaux dans les divers tissus.

2° *Excitation*, action normale.

3° *Irritation*, premier degré d'augmentation des phénomènes vitaux dans les tissus vasculaires rouges.

4° *Sub-irritation*, premier degré d'augmentation des phénomènes vitaux dans le système vasculaire blanc.

5° *L'inflammation* et la *sub-inflammation*, etc., de M. Broussais.

Cette nomenclature m'est familière, je l'ai adoptée depuis long-temps et la suivrai dans ce

travail; tel est le motif pour lequel je l'expose; je n'ai donc pas la prétention de corriger l'œuvre d'un savant.

Quelques considérations historiques sur l'ab-irritation. — Quels sont les auteurs qui ont étudié la sub-excitation (ab-irritation) et comment cet état maladif a-t-il été apprécié par chacun d'eux?

Avant *Frédéric Hoffmann* (professeur de Halle), je ne trouve aucune théorie qui émane du solidisme et qui puisse servir à la solution de la question toute organique que nous examinons. Tous ses prédécesseurs, imbus de la plus dégoûtante ontologie, interprétaient les actions organiques et fonctionnelles à l'aide d'une cause immatérielle à laquelle ils accordaient le privilége exclusif de régir les actes vitaux, n'importe les lieux de leur exécution, et les variétés qu'ils présentent.

Hoffmann, sans toutefois abandonner entièrement les idées dominantes de son temps, l'intervention du principe immatériel de ses prédécesseurs, proclame le cerveau l'organe sécréteur du fluide qu'il nomme le premier mobile de la vie, lequel distribue l'irritabilité à tous les tissus. A part les théories mécaniques et hydraulique de cet auteur; à part aussi l'action spéciale des méninges cérébrales, déjà admise par *Pacchioni* et *Baglivi*; *Hoffmann* n'en est pas moins celui qui le premier a fait consister la vie dans le *mouvement*, et les maladies dans les vices de ce mouvement; lequel, selon lui, était susceptible de devenir trop fort ou trop faible. Dans le premier cas, et toujours d'après ce médecin, il produit le *spasme*, dans le second l'*atonie*. Il déclare ensuite que les altérations des humeurs ne sont que l'effet consécutif de ces deux modifications de l'action des organes.

Voilà sans doute des principes fondamentaux d'une bonne médecine, mais enveloppés par une foule d'hypothèses que je viens de signaler, ils demeurèrent stériles pour la science, et nuisibles pour la pratique; parce que d'un côté comme de l'autre l'ontologie a conduit à l'erreur. Mais il demeure vrai pour notre question, qu'*Hoffmann* admettait une *atonie d'organe*, toujours antérieure à l'altération des humeurs.

Haller vint ensuite contribuer puissamment à consolider ces idées qui étaient peu goûtées par des esprits sévères de son temps. Ce grand expérimentateur démontra que le tissu seul *irritable*, c'est la fibre musculaire. Cette erreur qui doit être placée à côté de plusieurs autres, telle que celle de refuser l'irritabilité et la sensibilité à certains tissus, d'admettre une *force morte* pour quelques autres; cette erreur, dis-je, ne fera jamais tomber l'admiration que la postérité a conservée pour ce grand homme, à qui l'on doit une étude plus approfondie des tissus, et surtout la matérialisation de la sensibilité qu'il considère comme attachée au tissu des nerfs; idée hardie pour son temps puisqu'elle détrônait ou du moins harcellait la doctrine vénérée des philosophes spiritualistes.

C'est d'après les travaux des auteurs dont je viens d'esquisser la doctrine, mais particulièrement de ceux de *Haller*, que l'irritabilité de *Glisson* fut considérée comme étant la seule cause du mouvement, et donnée à tous les tissus, qui recevaient leur excitation des nerfs. C'est aussi à cette époque que l'on proclama l'irritabilité indépendante des esprits vitaux, et séparables de la sensibilité. Comment concevoir que la puissance de l'ontologie ait pu empêcher la médecine de s'asseoir sur des bases aussi solides?

C'est encore vers cette époque, et d'après les idées d'*Hoffmann*, que tout, en principe, fut attribué à des modifications nerveuses (Cullen). Mais alors la débilité (sub-excitation) est mal interprétée; elle fut considérée comme cause des irritations fébriles ou autres, et de là ces médications incendiaires qui, à l'aide du système du disciple de Cullen (Brown), ont incendié à leur tour le monde médical. *Cullen* prenait donc le change, et confondait les phénomènes d'irritation avec ceux d'*atonie*, et celle-ci, il la voyait dans toutes les espèces de tissus. Toujours guidé par la même erreur, il n'a pas moins rendu un important service à la médecine, mais principalement à l'humanité, d'abord en publiant que les médicamens n'agissent que sur la force nerveuse et non sur des entités : par ainsi, cet auteur a puissamment contribué à la destruction de la médication spécifique.

Il serait sans doute curieux si c'en était le lieu, de parcourir les différentes opinions médi-

cales selon les temps et de faire voir sur quelle incertitude et quelle chimère la plus belle et la plus utile des sciences reposait. Nous verrions tour-à-tour le spiritualisme (Stahl) servir de base à la science de la vie, et les docteurs de ce temps adresser à ce *rien* personnifié les différens agens thérapeutiques et autres. Nous verrions ensuite avec quelle irrésistible tendance ses idées marchèrent vers l'humorisme (*Silvius*, *Sydenham*, *Bordeu*, *Grimaud*, etc.) ou le solidisme (*Thémisson*, *Brown*, *Vacca Berlinghieri*, etc.); et comment enfin une doctrine mixte s'est fondée sur des principes indélébiles posés par des savans investigateurs des êtres vivans et morts (*Bichat*, *Pinel*, M. *Broussais*, etc.), sans que pourtant la plupart d'entre eux aient pu se défendre des restes de l'ontologie qu'ils avaient hérités de leurs prédécesseurs.

Mais un tel travail nous ferait sortir du cadre dans lequel nous devons rester. Nous voulons nous borner dans cette dissertation sur la question posée à étudier la sub-excitation (ab-irritation) et nous attacher spécialement pour guide, les travaux de ceux (MM. Broussais et Brachet) qui ont pris à tâche d'éclaircir ce point obscur, mais important, de la pathologie.

Véritable méthode pour bien étudier les maladies. — Pour étudier avec fruit les maladies, il faut les considérer dans le point circonscrit de l'économie où elles se développent; *Bichat* nous l'a dit, mais il a eu soin d'ajouter qu'il ne faut point les envisager sous le rapport des organes composés qu'elles ne frappent presque jamais en totalité, mais sous celui de leurs tissus divers qu'elles attaquent presque toujours isolément (1). Depuis, et après lui, M. Broussais a la gloire d'avoir prouvé et propagé cette vérité, et marchant franchement sur la route que ce savant lui a tracée, il a su féconder les nombreux principes qui sont consignés dans son immortel ouvrage. — Mais M. Broussais a plus fait, il a détruit les entités morbides auxquelles Bichat n'avait pu échapper.

Cependant pour ce qui a rapport à la sub-excitation, M. Broussais est, ce me semble, resté loin de sa tâche et est demeuré très au-dessous du mérite qu'il a si justement acquis par ses écrits remarquables sur l'irritation. Comme pour celle-ci, il n'a pas pour l'ab-irritation suivi la marche de celui à qui il rend si souvent hommage (Bichat); car sur cet état morbide considéré dans les différens tissus d'organes, M. Broussais est vague et surtout incomplet; il n'en est pas de même lorsqu'il considère ce mode pathologique dans les *appareils* de la respiration et de la digestion.

Il a soutenu avec gloire le principe de *Bichat*, « les maladies sont toutes primitivement locales. » Mais il n'en a pas fait l'application aux différens tissus ab-irrités : la suite nous l'apprendra.

Nous adoptons avec conviction le principe cité, et nous ferons effort pour prouver qu'il est vrai pour l'ab-irritation contradictoirement à des autorités respectables qui admettent une sub-excitation générale. Mais en voici d'autres, que nous devons établir afin de marcher d'un pas ferme dans la route des discussions.

Le mouvement est le phénomène vital le plus reculé. — Le mouvement de la fibre constituante des organes est le phénomène vital le plus reculé que présentent les êtres organisés. Cette proposition sous entend que les liquides en sont privés : ceci je pense ne sera contesté par qui que ce soit malgré l'expression énergique de *chair coulante*, donnée au liquide artériel (Bordeu). Tant qu'à la question de leur altération, nous y reviendrons lorsque nous examinerons les idées de M. *Brachet* sur l'asthénie (2).

Ce mouvement, cette action organique, préside à tous les phénomènes fonctionnels; sa cessation produit la mort; sa diminution fait languir les actes organiques; son exaltation les augmente et les pervertit; et une foule de nuances intermédiaires auxquels il est sujet, donnent lieu à de nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques.

Le mouvement ou l'action vitale varie selon les tissus : raisons, modes. — Cette action vitale reculée n'est pas la même dans les différentes régions de l'économie animale; cette

(1.) Anat. générale, t. 1, p. 42, édit. de 1818.
(2.) Ouvrage couronné par la société royale de médecine de Bordeaux, 1820, Paris.

différence, d'où dépend la diversité des fonctions, est en partie subordonnée aux modes d'organisation des lieux.

Pour que ce mouvement ait lieu et qu'il puisse continuer, l'influx nerveux est indispensable : le système nerveux est donc une première condition d'organisation. L'innervation est envoyée des centres nerveux dans tous les tissus de l'économie par des nerfs de deux espèces (cérébraux et trisplanchnique). Mais ces nerfs distribuent cette innervation dans des modes différens, ou des doses diverses selon le besoin des tissus ; d'où variétés dans les fonctions de ceux-ci : l'un ou l'autre des systèmes nerveux ne peut donc pas être étudié en totalité, chacun étant partagé en plusieurs domaines.

Le mouvement organique est donc inséparable du système nerveux ; ils apparaissent ensemble dans l'embryon (*Prévost Dumas*, *Meckel*, *Béclard*, *Ackermann*); ils sont indispensables pour l'accomplissement des opérations vitales, ou chimico-vitales si l'on veut. Je laisse de côté la cause de leur génération, que l'on me permette cette expression, dans une science il ne faut que du positif, les résultats doivent satisfaire lorsqu'il est impossible de saisir l'essence de la chose.

Mais pour que ce mouvement continue en faveur de la nutrition ou d'autres fonctions, le tissu ou la fibre vivante a besoin d'un aliment spécial : c'est le sang artériel. Dans l'embryon comme dans le fœtus et l'adulte ce sang acquiert les qualités artérielles en se combinant avec l'oxigène reçu et élaboré dans un organe destiné à cette fin (le poumon) ; ce sang a lui-même besoin d'être renouvelé par l'addition de substances alibiles ; et ces dernières comme le sang et d'autres liquides qui en dépendent sont perpétuellement modifiés, élaborés, et en partie éliminés sous l'influence indispensable de ce mouvement organique (et de l'électricité intràcapillaire de M. *Dutrochet*, si l'on veut) ; variable dans les tissus, organes et appareils d'organes. N'oublions pas pour l'exécution de ces actes, la nécessité et la suprématie du système nerveux, et sa pluralité prouvée irrésistiblement par la variabilité de phénomènes fonctionnels auxquels il préside. N'oublions pas aussi l'action urgente d'une foule de modificateurs que nous énumérerons par la suite, car, comme l'a dit *Brown*, la vie ne s'entretient que par les stimulans.

Mais ces systèmes nerveux n'agissent pas en despotes ; ils reçoivent des ordres de certains points de leur domaine, qui plongent dans certains tissus ou organes pour *servir* leurs besoins, et ceux-ci sont ressentis par ce même système qui est également chargé de les transmettre aux centres, quelquefois à d'autres portions ; d'où résulte une participation *toujours active* et plus ou moins violente de plusieurs parties : c'est la sympathie ; elle peut être physiologique ou pathologique et affecter des préférences de lieux qui amènent des résultats divers.

Les considérations que je viens d'exposer sont une espèce de digression dans laquelle je n'ai eu en vue que le mouvement considéré comme phénomène vital le plus éloigné ; cependant les résultats principaux que j'ai signalés et qui en dépendent, doivent nous servir à établir que l'*excès* et la *diminution* de ce mouvement sont les deux types auxquels on doit rapporter les maladies ; toutefois en ayant égard aux nuances de vitalité attachées aux divers tissus et appareils d'organes.

Également et d'après les détails historiques que j'ai rapidement jetés sur des doctrines prépondérantes et antérieures à l'ère physiologique, on ne confondra pas mes idées fondamentales avec celles de *Témisson*, d'*Hoffmann*, etc., il suffira aussi de se rappeler que l'incitation de *Brown*, susceptible seulement, d'après lui, d'*augmentation* et de *diminution* l'est *partout* et au même instant, etc., etc., pour ne pas de ce chef nous confondre avec les ontologistes, etc., ni avec ceux qui envisagent l'économie en masse. Nous ne sommes tributaires d'aucun système ni doctrine ; nous ne sommes pas non plus éclectique, parce que nous ne sommes pas savant au-dessus des savans. L'étude suivie de l'organisme ; celle des lois de la vie ; les *faits* bien observés et sans idées préconçues, voilà nos guides.

Nous allons examiner la sub-excitation locale ; ce qu'elle est dans chaque espèce de tissu, d'organe et d'appareil ; et en développant cette question nous rencontrerons l'occasion d'examiner celle de savoir si cet état morbide peut exister dans *tous* les tissus et organes à la fois, etc.

Mais avant d'aborder cette question complexe, je dois développer quelques propositions incidentes et étroitement liées au sujet que nous traitons.

Toutes les maladies ne dépendent pas d'une modification nerveuse primitive : *il faut admettre une espèce d'indépendance d'action entre les différens tissus.* — Le système nerveux nous fournit d'abord une de ces questions incidentes à examiner, la voici : *Toutes les maladies*, a dit *Cullen, dépendent de modifications nerveuses primitives.* Cette opinion, soutenue de temps à autre par quelques médecins, vient d'être reproduite par M. *Brachet* (1) : voilà la raison qui m'oblige à la revoir, attendu que son travail roule sur la même question que le mien. Cet auteur s'exprime ainsi : « Comme il n'y a aucun organe qui ne reçoive des nerfs » cérébraux et ganglionnaires, et qu'aucune fonction ne s'exécute que par leur ministère et » sous leur influence, l'asthénie commence toujours par ces systèmes.» Ne croyons pas qu'il veuille dire que la totalité de l'un des systèmes est toujours asthénisée, car il ajoute plus avant que cet état peut être borné à un ordre de fonctions.

Je suis grand admirateur des actions nerveuses, et j'ai eu soin de signaler la précocité de leur développement; mais mon scepticisme est inébranlable, lorsque mes sens ne me guident plus, ou lorsque l'objet n'a pas été vu ou palpé par un autre. Il existe sans contredit une foule de tissus, dans lesquels on n'a pas découvert jusqu'à ce jour des ramifications nerveuses. Je signalerai d'abord les veines, les vaisseaux lymphatiques, et les membranes séreuses; mais surtout les systèmes capillaires qui concourent ou qui peut-être constituent seuls le parenchyme des organes. Mais de ce que le système nerveux est contestable dans ces portions de l'économie, particulièrement dans les dernières, il ne doit pas en résulter une perversion des idées reçues, aucune expérience jusqu'à ce jour n'a prouvé que certaines parties de l'organisme ne soient pas construites de manière à agir sans le système nerveux, mais en employant l'influx projeté par ce système (l'opinion reproduite par M. Brachet n'est donc pas fondée, et ainsi toutes les maladies ne peuvent pas être considérées comme étant des névroses et névrites) Cette idée hypothétique, jusqu'à ce que des investigations à l'aide d'instrumens plus parfaits aient prouvé qu'elle est fausse, peut facilement s'accorder avec celle de ceux qui envisagent les ganglions nerveux comme étant des centres particuliers (*Winslow*, *Bichat*, etc.), destinés à modifier, et à fournir, selon les besoins, l'influx que leurs cordons transportent.

Dans l'un ou l'autre cas, il demeure prouvé, d'ailleurs par le seul examen des fonctions, et les expériences de *Palanzani* et de M. *Sarlandière*, que de nombreuses parties de l'économie vivante jouent des rôles si différens de ceux qui sont propres aux systèmes nerveux, que ceux-ci ne sauraient en être considérés comme les instrumens exclusifs. M. *Brachet* dans son dernier ouvrage vient de penser de la même manière (2); page 12, on y lit : « Si la ma- » nière dont les actions nerveuses s'exécutent n'est pas toujours la même, cela tient à des mo- » difications, qui sont propres aux nerfs, ou *qui sont dues à l'organisation différente de l'or-* » *gane* qui en modifie l'action pour l'adapter à l'exercice spécial de ses fonctions. »

D'après ce qui précède, l'action des parenchymes, etc., serait hors de l'empire du système nerveux, sans qu'ils puissent se passer des secours de celui-ci; comme le système nerveux ganglionnaire est séparé du cérébro-spinal, sans pouvoir pour la continuation de ses fonctions, se passer du premier; comme enfin le système capillaire artériel est étrange à la circulation cardiaque, malgré que celle-ci doive inévitablement servir aux actions de l'autre.

Ces considérations nous permettent, ce me semble, de conserver une espèce d'indépendance entre les divers actes vitaux; comme également entre les divers actes vitaux, fondés sur la diversité des tissus et organes; *division posée* assez exactement par *Bichat*, mais modifiée depuis par Béclard, etc.

D'ailleurs et avant d'abandonner la partie des opinions de M. *Brachet* que je viens de transcrire, je dois encore faire remarquer qu'il est difficile de se former une idée exacte de la manière dont cet auteur a fixé sa croyance sur ce point de pathologie, car après nous avoir dit que l'asthénie commence par la diminution d'action de l'un des systèmes nerveux (p. 201)

(1) Opus. cit.
(2) Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux, etc., 1830. Paris.

il déclare (p. 189) que (1) l'altération, la maladie, peut commencer indistinctement par les liquides ou par les solides. Plus tard, nous aurons une nouvelle occasion d'analyser d'autres opinions de M. Brachet, par rapport aux liquides sanguins asthénisés, ou considérés comme cause d'asthénie. — Alors aussi nous aborderons des questions expérimentales, et des faits que vient de publier l'expérimentateur distingué que nous venons de citer (2).

Revenu à la sub-excitation nerveuse, il se présente naturellement une question nouvelle et dont la solution doit servir à l'interprétation du même phénomène morbide dans les autres tissus, la voici :

Peut-il exister une lésion de fonction sans lésion d'organe? ou bien l'une et l'autre sont-elles inséparables? — Peut-il exister une lésion d'organe sans lésion de fonction; ou bien sont-elles inséparables?

Il me semble que ceux qui ont cru à la possibilité du premier cas, ont toujours confondu la lésion des tissus avec celle d'organe, sans pour cela éviter l'erreur. Examinons et prenons l'estomac pour exemple. — Dans cet organe complexe, il existe des nerfs de deux espèces, des sécréteurs du suc gastrique; une membrane musculaire, etc. Si le mouvement ou l'action vitale est modifié en plus ou en moins dans les cordons nerveux ou à leur point d'origine, les sécréteurs cités fourniront un liquide impropre à la fonction, et celle-ci sera anormale : elle sera ralentie par la section de la huitième paire (Tiédemann et Gmélin); elle ne sera pas anéantie, parce que c'est le système nerveux ganglionaire qui fournit aux sécréteurs (M. Brachet). Si la vitalité des formateurs du suc gastrique est seule modifiée, comme après l'ingestion d'alimens très-excitans, ou trop peu excitans, le produit, alors trop ou trop peu excitant, fera encore sortir la fonction de son état normal (Tiedemann, etc.). Déjà vous voyez la lésion de vitalité de deux tissus, entraîner la lésion de fonction dans l'organe dont ils font partie.

Mais il existe encore une foule d'autres tissus composans, auxquels nous pouvons faire l'application des données précédentes. L'action du système capillaire artériel doit s'exécuter normalement, sans cela cet écart de l'ordre circulatoire en produira bientôt un dans les qualités du liquide que ce tissu est chargé de modifier; et ainsi mal élaboré et trop précipitamment agité, il sera cause d'un trouble dans la nutrition de l'organe, et dans l'acte de sécrétion du suc gastrique; d'où nécessairement nouveau trouble de la fonction stomacale à l'occasion d'une modification de l'action de ce tissu constituant. L'étude de la gastralgie pour le premier cas; celle de la gastrite pour le second, ne laissent aucun doute sur l'exactitude de ces résultats, si pas sur la réalité des phénomènes organiques, déduits de la plus sévère induction. Le même trouble fonctionnel succédera encore à l'inertie de la tunique musculaire de l'estomac, dont l'importance dans l'acte de la première digestion, est mise hors de doute par les expériences de M. Brachet. Ainsi ab-irritée, elle ne répond plus à la stimulation de la muqueuse, la péristole est absente et la fonction digestive est troublée. Si maintenant nous nous remémorons les preuves de l'importance du système veineux considéré comme agent de la circulation et de l'absorption, il ne nous sera pas difficile de rencontrer le même enchaînement de phénomènes, toujours à l'occasion d'une modification de l'action du solide qui est chargé de cette fonction. Il est donc évidemment prouvé, à mon avis, qu'il serait irrationnel de nier l'urgence de l'intégrité de l'action de chacun des tissus qui composent l'estomac, pour l'exécution normale de la fonction de cet organe. La lésion de fonction est donc inséparable de la lésion d'organes et *vice versa*; mais la lésion de l'organe précède toujours celle de la fonction.— Cette proposition est vraie partout et pour toutes les parties; il suffit pour en être convaincu de ne perdre de vue aucun instrument de fonction, ni l'acte physiologique qu'on leur connaît.

L'examen de la question précédente nous rappelle encore que la maladie ne peut dépendre que d'une *action trop forte* ou *trop faible* d'une portion du solide vivant. Aussi impossible est-il à nous d'admettre autre chose qu'une asthénie d'*action*, toutefois en ayant égard

(1) Mémoire sur l'asthénie, 1829. Paris.
(2) Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux, etc., 1830. Paris.

à l'espèce de tissu qui en est le siége, à la fonction qu'il est chargé d'accomplir, et aux nombreux degrés dont ces deux modifications sont susceptibles.

Notre classification pour l'étude de l'ab-irritation. — On saisira facilement, je l'espère, toute la validité de notre simple classification; et les considérations sur lesquelles elle repose serviront de réfutation à celle de M. Boisseau, qui admet des asthénies de *nutrition* et de *fonctions :* division irréfléchie, car comment la maintenir avec l'obligation d'admettre la nutrition au nombre des fonctions?

Voici notre division détaillée, nous l'empruntons en partie à MM. *Roche* et *Sanson :*

1° *Sub-excitations nerveuses :* c'est l'état contraire aux névroses;

2° *Sub-excitations sanguines :* c'est l'état opposé à l'irritation, à l'inflammation et à l'hémorrhagie *active ;*

3° *Sub-excitations lymphatiques :* c'est l'opposé de la sub-irritation et de la sub-inflammation;

4° *Sub-excitations nutritives :* l'inverse de l'hypertrophie ;

5° *Sub-excitations sécrétoires :* l'opposé des irritations des mêmes agens.

Mais avant d'examiner avec détail et dans les divers tissus repris dans la précédente classification, la question de savoir en quoi consiste la sub-excitation (ab-irritation), et quelles sont les maladies qui peuvent en résulter, nous devons préalablement développer quelques propositions générales.

La première est celle-ci : *La sub-excitation ne développe aucune sympathie.*

Par sa LXXIII proposition, M. Broussais déclare et prouve que « l'exaltation commence » toujours par un système organique, et se communique à d'autres, soit dans le même ap- » pareil, soit ailleurs.» —Personne, je pense, n'élèvera le moindre doute sur son exactitude. Mais le phénomène de transmission, la sympathie, inhérent à l'exaltation de vitalité, est évidemment *actif*, il n'est observable qu'à l'égard d'une irritation ou d'une inflammation assez intense; il l'est encore lors de l'accomplissement de certaines fonctions d'organes, tel par exemple que la digestion. Dans ce dernier cas, en effet, le sentiment de vigueur que l'on éprouve n'est que le résultat de la propagation de la sus-excitation stomachale occasionée par la masse alimentaire que l'organe élabore. Je laisse de côté une foule de détails qui appartiennent à la sympathie; il me suffit de prouver que ce phénomène actif, apercevable pendant l'exercice normal des fonctions, est d'autant plus sensible que la vitalité ou l'*action* est plus intense dans un tissu ou organe; tandis que sa disparition est inévitable lorsque cette même *action* organique qui l'a produite a perdu ce pouvoir en perdant l'énergie indispensable pour sa production. Sub-excitation ne peut donc susciter des sympathies; mais bien des effets passifs consécutifs; c'est ce que nous avons prouvé en étudiant l'asthénie dans les tissus qui composent l'estomac afin de convaincre qu'il ne peut exister de lésion de fonctions sans lésion d'organe. Eh bien! maintenant, et en prenant toujours l'estomac pour exemple, nous devons faire une autre observation qui s'applique à tous les organes que l'on peut nommer régulateurs; tels que ceux de la respiration, de la circulation et de l'innervation; la voici:

Lorsque l'organe de la digestion est frappé de sub-excitation, d'autres parties de l'économie sont bientôt entraînées dans la même asthénie; non parce que l'état morbide du premier a été ressenti par les seconds, à la manière des sympathies; mais bien parce que ces parties ont été privées des substances alibiles et stimulantes que l'agent gastro-intestinal ne pouvait plus ni demander ni élaborer.

Ainsi tout en éloignant l'idée de sympathie et ainsi le contre-sens, *action d'inertie,* nous remarquons par cet exemple, comme l'a fait M. *Bégin* (1), qu'il faut distinguer ce qui appartient à l'ab-irritation locale, de ce qui est produit par l'interruption des fonctions de l'organe affaibli.

La sub-excitation peut être lente ou prompte. — Voici maintenant une seconde proposi-

(1) Principes généraux de physiologie pathologique, etc., p. 146.

tion à examiner. La sub-excitation peut arriver lentement ou promptement. Dans le premier cas l'état morbide s'établit avec calme, dans le second il développe le plus souvent un appareil de réaction.—Pour l'interprétation de la première de ces sub-excitations prenons encore l'estomac pour exemple, et supposons-le non-seulement privé de ses stimulans naturels, les alimens, mis en contact par sa surface de rapport, avec des agens sub-excitans, tels que la décoction d'althæa, etc. Dans ce cas aucune réaction ne s'établit, l'ab-irritation est produite à la fois dans tous les tissus qui composent l'organe, l'excitation que l'on désigne sous le nom de *besoin*, *faim*, n'existe plus et le cerveau considéré comme centre de perception semble avoir perdu ses relations avec le gaster. Le suc gastrique peu sécrété est aussi inférieur en qualité. La circulation y est aussi ralentie; le refroidissement de l'organe annonce que les phénomènes de composition et de décomposition, l'une des sources de la chaleur, sont également diminués. Dans les organes éloignés le calme est parfait; l'ab-irritation est seule imminente; il semble qu'ils ignorent la dangereuse modification organique qui s'établit dans l'un des soutiens de l'édifice, et dont l'intégrité leur est si importante.

Quelle différence d'avec ce que l'on observe dans la sub-excitation subite! dans celle-ci survenue à cause de la privation des alimens, et sans qu'elle soit soutenue par les agens ab-irritans, d'autres organes de l'économie, à la tête desquels il faut placer le cerveau, semblent être appelés au secours de celui qui perd ses droits physiologiques, et bientôt chacun d'eux semble fournir sa cote-part d'excitation pour le relever de son inertie; c'est la réaction. Elle ne cesse qu'avec la vie si le besoin n'est pas satisfait; mais avant d'arriver à ce point extrême, la révolte énergique que l'ingestion des alimens peut anéantir, produit sous l'influence de l'irritation qui la caractérise, la désorganisation du gaster, souvent celle du cerveau; mais toujours l'exaltation extrême de celui-ci. Pendant cette scène de désordre, tous les tissus qui entrent dans la composition de l'estomac partagent l'irritation violente; parce que tous, ils servent l'organe pour l'exécution de sa fonction, et que c'est à cette fois que le trouble est survenu. Il ne serait donc pas irrationnel d'admettre, que le suc gastrique dans cette circonstance, coule sur la surface stomacale avec des qualités d'autant plus irritantes que l'irritation est plus intense dans ses fabricateurs, et qu'alors ce liquide fait l'office d'un tison.

L'exposé que l'on vient de lire sur la sub-excitation *lente* et *subite*, est applicable aux pertes de sang. En effet, la soustraction *lente* et soutenue de ce dernier fluide produit la débilité, même la mort, sans réaction. Mais si cette soustraction est prompte et abondante, bientôt la révolte précitée aura lieu, et comme nous l'avons noté, les organes régulateurs des actions vitales à la tête desquels se trouve le cerveau, y présideront. C'est à l'aide de ces vérités physiologiques que l'on arrive à une nouvelle preuve de la pluralité des instrumens de la vie et de leurs fonctions; c'est aussi par elles que l'on se rend compte de la régénération de tous les actes vitaux après la syncope, sous l'empire de certaines portions de l'organisme qui semblent destinées à s'approprier la somme de vie des autres parties menacées de décadence, pour l'utiliser et la leur rendre, lorsque le danger a disparu.

Les deux modes de sub-excitation, sur lesquels roulent les considérations précédentes, se rencontrent encore dans l'organe de la respiration lorsqu'il a perdu promptement ou avec lenteur l'aliment indispensable de toute l'économie et son excitant propre, l'oxigène. C'est alors pour le poumon comme pour le système circulatoire, à cause de la diminution ou de la privation de l'oxigène ou du sang artériel, que l'ab-irritation survient dans un endroit et se propage à d'autres. Mais dans certaines circonstances et sous l'influence de causes différentes, la sub-excitation, dont est frappé primitivement le solide vivant, prive celui-ci d'une partie de ses droits, et le plonge dans un état presque passif par rapport aux fluides précieux qu'il doit élaborer pour la conservation de l'organisme. Notons encore que tous les systèmes de l'économie, ne sont pas asthénisés, c'est une question sur laquelle nous reviendrons. Déjà vous êtes convaincu, je pense, que la sub-excitation peut commencer tantôt par un tissu d'organe, et provoquer le trouble de la fonction de celui-ci; que d'autres fois l'ab-irritation survenue dans la totalité d'un viscère régisseur de l'économie, produit lentement ou promptement la même diminution de vitalité dans d'*autres* systèmes. Mais ce sera au chapitre des *causes*, que l'on trouvera le complément des discussions sur ce point : ce sera

aussi dans le même endroit que nous développerons la véritable théorie, à notre avis, de l'action du froid et des astringens.

Enfin, nous ne devons pas négliger d'ajouter au nombre de ces propositions secondaires, celle non moins vraie, à savoir : que l'ab-irritation se montre parfois intermittente, particulièrement dans le système nerveux : ce simple énoncé doit nous suffire pour le moment, les développemens trouveront place dans la suite de ce travail.

(*La suite au prochain numéro.*)

Observations *sur l'iode*, par G. A. Leroy, pharmacien, membre résidant.

Quoiqu'un des derniers corps connus, l'iode est un de ceux dont l'étude est la plus complète ; en effet, la forme solide sous laquelle il se présente et sa volatilité, nous permettent d'en étudier avec soin les propriétés physiques ; d'une autre part, son extrême facilité de s'unir à presque tous les corps connus, nous permet d'en rechercher soigneusement les propriétés chimiques.

Quoi qu'il en soit cependant, je n'ai pu parvenir à me procurer un travail qui me donnât la description de sa forme cristalline. La dernière édition des *Elémens de chimie* de M. Thenard, c'est-à-dire, celle qu'il publie en ce moment et dont les trois premiers volumes sont seulement parus, nous dit que l'iode se présente sous forme lamelleuse. J'ai eu occasion de voir de l iode enfermé dans un bocal bouché à l'Emery, depuis plus de cinq années sans avoir été ouvert; de cet iode qui occupe tout au plus la cinquantième partie du flacon, une partie s'est volatilisée, et est allée se déposer sous forme cristalline du volume d'un pois sur la paroi du flacon opposée à la lumière.

Les cristaux se présentent sous la forme de l'octaèdre basé complet.

Quelques-uns se sont présentés sous forme de parallèlipipède.

L'iode partage donc la propriété de se cristalliser, comme le carbone, le soufre parmi les corps combustibles non métalliques.

Ici comme pour le camphre, la lumière paraît avoir une action marquée ; en effet, ce dernier lorsqu'il se trouve enfermé dans des flacons perméables à ce fluide, on a lieu de remarquer que la partie qui se volatilise va se déposer sur la paroi opposée à son contact direct.

Lorsque parurent les belles expériences de M. Pelouse, qui nous apprirent que la présence de l'eau était indispensable dans une foule d'actions chimiques, cet habile chimiste nous démontra que des acides libres unis à l'alcool anhydre étaient sans action sur les réactifs les plus sensibles, que des sels facilement décomposables par les acides puissans, n'étaient nullement attaqués lorsque ces acides étaient unis à l'alcool ; elles m'engagèrent à en répéter quelques-unes que je publiai dans le *Journal de chimie médicale de Paris ;* si cette fois je ne fus pas assez heureux de me rencontrer avec cet habile chimiste, c'est que, comme l'a très-bien observé M. Pelouse, le journal avait rendu inexactement compte de ses expériences. Je ne me bornai pas à répéter les expériences de M. Pelouse, mais j'en tentai des nouvelles, au nombre desquelles se trouve la suivante :

En chimie il est généralement admis que l'iode jouit de la propriété de colorer en bleu l'amidon ; on a été même jusqu'à croire qu'il formait un composé avec ce corps auquel on avait donné le nom d'iodure d'amidon ; mais des expériences récentes prouvent qu'il ne s'en forme point.

Je fis dissoudre de l'iode dans l'alcool anhydre; j'y jetai ensuite une quantité d'amidon proportionnée, également privée d'eau ; dans les premières heures l'amidon ne parut pas être attaqué, mais plus tard il commença par se colorer ; je laissai s'opérer la réaction pendant environ douze heures; j'obtins non une coloration en bleu mais en rouge brun ; lorsque je m'aperçus qu'il ne s'opérait plus de réaction, je me décidai à ajouter une quantité d'eau nécessaire qui m'amena aussitôt la solution à une belle coloration en bleu. Il est donc de toute nécessité lorsqu'on se livre à des analyses par l'iode pour reconnaître la présence de l'amidon que les deux corps se trouvent hydratés.

M. Chevallier qui a eu connaissance de cette observation, a fait connaître dans le *Journal de chimie médicale* (n° de mai 1833), qu'en se livrant, avec M. Boys de Loury, à un travail sur les farines mêlées de féeule, lesquelles sont toujours humides, il a remarqué que celles-ci mises en contact avec de la vapeur d'iode, acquéraient une couleur brune, tandis que l'amidon de pomme de terre prenait une couleur jaune d'or seulement. Il a cru pouvoir conclure de ce fait que la combinaison de l'iode et de l'amidon était de couleur jaune, que cet iodure en absorbant de l'eau et passant à l'état d'iodure hydraté prenait une couleur bleue; l'iodure jaune touché avec un tube mouillé passe à l'instant au bleu.

CLINIQUE DE L'HOPITAL MILITAIRE DE GAND.

Myélite chronique et successive des portions cervicale, dorsale et lombaire; variété des symptômes. Hydrocèle de la tunique vaginale. Guérison. — Observation communiquée par le docteur F. Lutens, Médecin de Bataillon.

Jean Ourrich, âgé de 42 ans, sergent dans la 3e compagnie sédentaire, éprouva subitement au mois d'août 1832, une raideur dans le cou et la nuque. Dix jours après, le mal ayant cessé, une douleur prit son siége à la partie postérieure de la tête et persista, malgré quatre saignées, pendant deux mois. Envoyé à l'hôpital militaire de Liége, le malade en sortit parfaitement guéri après un traitement de quarante jours.

Au mois d'avril suivant, le même individu fut atteint d'une gêne dans la respiration et de palpitations violentes du cœur, qui lui durèrent deux mois. Débarrassé de cette nouvelle affection, il reprit son service pendant quelque temps sans éprouver la moindre incommodité.

Au mois de juillet 1833, il lui prit un tremblement des extrémités inférieures et des vertiges sans douleur. Ces symptômes persistèrent pendant trois mois environ sans changement notable, lorsqu'un jour étant de garde il lui survint de violentes coliques, qui l'obligèrent, pour la troisième fois, de réclamer les soins de son médecin.

Admis à l'infirmerie militaire d'Ath, au mois de novembre suivant, le malade fut soulagé de ses douleurs au bout de trois semaines, mais depuis ce moment il lui était devenu impossible de remuer ses membres inférieurs. Il éprouvait fréquemment le besoin d'uriner, ne lâchant que peu d'urine à la fois; ses selles étaient lentes, l'appétit bon, et la tête libre.

Le malade resta dans cet état pendant à peu près six mois, ne recevant, à ce qu'il prétend, pour toute médecine, que des frictions sur les cuisses. L'état de sa jambe droite s'était amélioré, mais la gauche restait toujours paralysée.

Mis à la réforme au mois de mai 1834, cet homme passa à la compagnie sédentaire de Gand.

Le 9 décembre suivant, Ourrich entra à l'hôpital militaire de cette ville, pour s'y faire traiter d'une tumeur au scrotum. A la visite du lendemain je le trouvai atteint d'une double affection: hydrocèle de la tunique vaginale et paralysie des extrémités inférieures. C'est alors qu'il me donna les renseignemens qui précèdent.

Dans ce moment l'état du malade présentait les particularités qui suivent: chaque fois qu'il voulait se soutenir sur ses jambes, un tremblement de ces parties et des vertiges le poussaient à chercher un point d'appui pour prévenir sa chute. Lorsqu'il essayait de marcher en s'appuyant sur une canne, il traînait sa jambe gauche et était forcé de se reposer à chaque instant. Il ne se plaignait d'aucune douleur, prétendait ne pas s'être adonné à l'onanisme, mais avoir vu les femmes avec excès. L'écoulement des urines était fréquent mais volontaire; cependant il était forcé de satisfaire promptement à ce besoin. Ayant ordonné au malade de se coucher sur le ventre, je lui percutai légèrement les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, ce qui lui causait une violente douleur. Je crus en conséquence avoir trouvé le siége de la paralysie et j'ordonnai une application de huit ventouses scarifiées sur la colonne lombaire. La même opération fut répétée le lendemain. Trois jours après la douleur avait

disparu ; mais la paralysie était la même. Je provoquai alors huit escarres larges d'une pièce de cinq francs par autant de moxas, et je prescrivis le repos absolu. Nul effet dans le moment même de la révulsion. Je désespérai en conséquence d'obtenir quelqu'amélioration.

J'opérai en même temps l'hydrocèle par la méthode du chirurgien hollandais *Van Onsenoort.*

Les escarres des lombes tombèrent dix jours après et on entretint une suppuration active.

Pendant cet intervalle, le scrotum s'était tellement enflammé que je fus obligé de retirer le fil, d'appliquer 30 sangsues sur la partie malade et de prescrire à un régime antiphlogistique sévère. De jour en jour il s'écoula des ouvertures pratiquées au moyen de l'aiguille une grande quantité de matière purulente liquide et floconneuse. La guérison cependant fut obtenue au bout de quatre semaines sans altération apparente du testicule.

Il survint ensuite subitement et sans que le malade se fut écarté de son régime prescrit, une diarrhée si abondante, qu'elle lui donnait au moins quarante selles par jour. Le ventre était douloureux à la pression, la soif vive, la langue rouge et sèche, le pouls fébrile.

Une diète sévère, des boissons adoucissantes, et quelques applications de sangsues à l'anus ne procurèrent aucune amélioration. La diarrhée persista toujours et nous fit craindre pour les jours du malade. Cette maladie était, à cette époque, très-commune à l'hôpital, et on y avait essayé une foule de remèdes. Un électuaire que M. le médecin principal Colson prescrivit un jour pour tenter un nouvel essai, lui fit obtenir des succès si inattendus, que depuis lors il l'administra à la pluralité de ses malades avec les mêmes effets.

Cet électuaire est composé comme suit :

Prenez : ol. olivar. ℥ is.
vitell. ovi. n° 1.
pulv. cinnam. ʒ j.
laud. liq. Sydenh. gutt. xxx.
Syr. alth. ad electuar.

Ce médicament fut également ordonné au sergent Ourrich et deux jours suffirent pour arrêter cette diarrhée si rebelle.

Le malade reprit peu à peu ses forces, les plaies des lombes qui avaient fourni une abondante suppuration se cicatrisèrent et on se félicita d'avoir pu combattre la nouvelle complication.

Lorsque le malade se sentit assez fort, on lui permit de se lever, et, à notre grande surprise, il put marcher sans canne. Il ne ressentait plus alors qu'une faiblesse dans ses membres, résultat de sa maladie, et une légère raideur.

Peu à peu son état s'améliora, l'écoulement des urines devint naturel, et actuellement jour de sa sortie de l'hôpital (1er avril 1835), il ne conserve plus qu'une raideur dans la jambe gauche.

Réflexions. — Quelle est la nature de ces affections? la raideur du cou et de la nuque, la douleur à la tête, la difficulté de la respiration, les palpitations violentes du cœur, les coliques opiniâtres et la paralysie incomplète des extrémités inférieures dépendent-elles d'une même cause morbifique, ou bien ces diverses affections sont-elles purement accidentelles?

Il est reconnu maintenant que les lésions des faisceaux nerveux antérieurs de la moelle occasionnent des troubles dans le mouvement, que celles des faisceaux postérieurs affectent le sentiment. Le siége de l'inflammation de la moelle modifie l'étendue de ces lésions : ainsi lorsque la portion supérieure ou crânienne est enflammée, on voit éclater des symptômes morbides vers la tête; si la myélite réside dans la portion cervicale, on remarque des symptômes au cou et à la nuque. Lorsque la portion dorsale est affectée, ce sont des troubles dans l'appareil respiratoire. La paralysie des membres inférieurs, les coliques vives et les contractions convulsives des muscles de l'abdomen dépendent ordinairement de l'inflammation de la portion dorsale et lombaire.

La moelle a des rapports très nombreux par ses communications nerveuses avec tous les

ganes de l'économie ; c'est ainsi qu'on voit souvent les altérations de ce centre nerveux se manifester par des troubles plus ou moins grands de quelques fonctions éloignées. Il résulte de là, que souvent la cause des phénomènes morbides est méconnue parce que toute l'attention se porte sur l'organe dont la lésion est apparente et qu'on néglige de pousser ses recherches plus loin.

La variété et la marche de tous les symptômes énoncés me font croire que le sergent Ourrich était atteint d'une myélite chronique occasionée probablement par des excès dans les plaisirs vénériens. Mais quelle nuance cette maladie offrait-elle ? était-ce un ramollissement, une induration proprement dite, une hypertrophie, ou une consistance de la moelle un peu plus que normale?

Nous savons que tout organe excité pendant quelque temps, ou bien dépérit, ou bien reçoit un surcroît d'action qui augmente l'épaisseur de ses tissus. C'est ainsi qu'on observe fréquemment des indurations, des véritables hypertrophies aux parois du cœur, de l'estomac et de la vessie après une cardite, une gastrite et une cystite chroniques. Le cerveau et la moelle offrent à peu près les mêmes nuances. Plus la consistance est grande, plus l'altération est profonde, plus il y a gêne dans l'exercice des fonctions, moins il y a espoir de guérison.

Je n'oserais entreprendre de préciser les symptômes propres de ces diverses nuances ; car si l'on juge par le nombre de phénomènes que l'investigation physiologique nous a déjà revelés, par le voile qui semble encore couvrir la connaissance des fonctions véritables de la moelle, nous devons nous borner encore à recueillir et à constater les faits sans vouloir les interpréter.

L'influence si prononcée des faisceaux de nerfs sur les muscles me porte à croire que des rhumatismes invétérés trouvent quelquefois leur siége réel dans la moelle. On a vu des sciatiques rebelles se guérir par une application de moxas sur la colonne lombaire; pourquoi ne pourrait-on pas espérer le même succès contre le rhumatisme lorsqu'on a quelques raisons pour penser que la moelle y participe? C'est pourquoi il est nécessaire, quand ces cas se présentent, d'interroger la conduite du malade, d'examiner toutes les causes qui agissent sur cet organe et de percuter les apophyses épineuses pour tâcher d'obtenir par là quelques données.

Gand, le 4 avril 1835. *Le Médecin de Bataillon,*
F. Lutens, M. D.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGERE.

W. Mackenzie. *Sur les affections inflammatoires de l'œil.* (Extrait de son ouvrage intitulé : *A Practical Treatise on the Diseases of the Eye.* London 1830.)

Par le Dr C. Canstatt.

Deuxième article. — (*Suite et fin.*)

Dans la treizième section, l'auteur passe à la description de l'*ophthalmie rhumatismale.* Quand on me demandera, dit M. Mackenzie, ce que j'entends par *ophthalmia rheumatica*, je répondrai ainsi :

« 1° J'entends simplement une inflammation du tissu fibreux de l'œil (la sclérotique) et de ses parties environnantes de semblable structure, inflammation excitée par un froid.

» 2° Je ne crois pas qu'elle soit une inflammation *spécifiquement* différente de l'inflammation ordinaire, en conséquence de l'existence de ce que l'on nomme *habitus* ou *diathèse rhumatismale.* Si l'influence atmosphérique produit un catarrhe, nous n'entendons jamais référer cet événement à une diathèse muqueuse; ou, si une pleurite naît de la même cause, nous n'attribuons pas non plus la maladie à une diathèse séreuse. La même cause excitante, si elle affecte une membrane fibreuse au lieu d'une muqueuse ou séreuse, produit une nouvelle série de symptômes, indépendans de la constitution du sujet, mais dépendans de la structure et des fonctions de la partie affectée.

» 3° L'*ophthalmia rheumatica* atteint souvent des individus qui n'ont jamais souffert de rhumatismes en aucune autre partie du corps.

» 4° Si le rhumatisme quitte une jointure et attaque le cœur, nous disons que c'est une métastase d'un endroit à l'autre; mais quant à l'œil, je n'ai jamais observé une telle translation de l'inflammation rhumatismale. Dans tous les cas de *sclerotisis rheumatica*, que j'ai rencontrés, la maladie était primitive, jamais métastatique, n'importe la constitution des individus, si elle était rhumatismale ou non.

» 5° J'ai adopté le terme *ophthalmia rheumatica;* mais peut-être *sclerotisis atmosphœrica* aurait été un nom plus juste. Cependant il faut avouer que cette inflammation de l'œil ressemble au rhumatisme dans les causes excitantes, dans ses douleurs, dans ses exacerbations et dans son traitement. Elle n'a pas été généralement reconnue comme rhumatismale, probablement parce qu'elle attaque un tissu qui n'est couvert que d'une membrane mince, demi-transparente et exposée pour cela à un examen direct; tandis que les autres siéges de rhumatismes, différens de la sclérotique, se cachent à nos investigations par toute l'épaisseur des tégumens communs, et qu'ils sont par cela plus propres à la formation de conjectures qu'à une observation immédiate.»

M. Mackenzie loue les évacuations sanguines, l'usage du calomel et de l'opium, des frictions opiacées avec la belladone, pour prévenir l'iritis (un gros d'extr. bellad., dans ℥j de laud., frotté le soir sur les sourcils), et pour prévenir les accès de douleurs nocturnes, les vésicatoires, les purgatifs, les sudorifiques et les toniques.

Dans la quatorzième section, M. Mackenzie donne une description très-spéciale des symptômes de l'inflammation mixte, appelée *Ophthalmia catarrho-rheumatica.* On y trouve quelques vues particulières sur l'ulcération de la cornée, si fréquente dans cette forme.

« Dans cette affection la cornée est extrêmement disposée à l'ulcération et à l'effusion de » pus entre ses lamelles. L'ulcère est d'un caractère particulier. Il se répand sur la surface » et ne pénètre que rarement à quelque profondeur de la substance de la cornée. Le prof. » *Beer* et M. *Wardrop* ont décrit cette espèce d'ulcère comme l'effet d'ophthalmie rhumatis- » male pure; mais je n'en ai jamais vu que dans des cas d'*ophthalmia catarrho-rheumatica.* » *Beer* prétend qu'il prend son origine d'une petite phlyctène; mais je n'ai jamais eu occa- » sion de voir quelque chose de semblable.»

La *corneitis scrophulosa*, dont la description est donnée dans la quinzième section, est trop peu connue pour que nous ne croyions pas utile de la reproduire en entier :

« La cornée participe de la plupart des ophthalmies que nous venons de décrire. Elle peut devenir le siége de pustules et d'abcès, elle peut être atteinte d'ulcération, devenir opaque ou peut même être presque tout-à-fait détruite. »

Dans quelques ophthalmies aussi que nous aurons encore à considérer, la cornée est ordinairement ou toujours affectée. Mais la maladie sur laquelle nous allons porter notre attention est spécifiquement différente de toute autre. Ce n'est pas une affection puro-muqueuse, et, quoiqu'elle ne se rencontre que chez des sujets scrophuleux, ce n'est pas non plus une éruption (éruptive). Son développement et ses progrès sont lents, elle se traîne des semaines, des mois, et quelquefois des années. C'est principalement le feuillet qui se continue de la conjonctive sur la cornée et la substance située immédiatement au-dessous de cette couche, qui semblent être affectées dans cette maladie.

Symptômes. 1° La rougeur occupe principalement la sclérotique et la surface de la cornée. La rougeur de la sclérotique n'est en général pas bien considérable, de couleur cramoisi, les vaisseaux sont très-petits et forment une petite zône autour de la cornée. On ne voit que rarement un cercle rouge, un peu élevé, environner le bord de la cornée, tandis que des vaisseaux rouges et plus ou moins nombreux rampent sur sa surface et se rendent à son centre. Dans quelques cas toute la cornée en est si couverte qu'elle prend une couleur très marquée et c'est dans cet état qu'elle a été comparée à un morceau de drap rouge; symptôme que l'on a désigné par cette raison par le mot *pannus.*

2° La cornée est plus ou moins opaque et âpre. Toute sa surface a l'air pointillé, comme si elle avait été touchée par la pointe d'une aiguille. D'autres fois les dépressions sont un

peu plus larges et prennent sous une loupe l'apparence d'une quantité de petits ulcères. Toutefois nous trouvons que la surface de la cornée a perdu son poli naturel, et c'est par cette raison que même s'il n'y a qu'une petite opacité, les yeux paraissent obscurs et que la vue est troublée. Quelquefois l'opacité n'est que nébuleuse ; d'autres fois c'est une opacité rayée ou tachetée, produite par la déposition d'une lymphe coagulée dans les interstices de la cornée transparente. Il n'arrive pas rarement que la surface de la cornée devient totalement et presque également blanche. On voit ordinairement çà et là des points jaunâtres qui s'élèvent sur elle, mais qui ne semblent jamais suppurer ou s'ulcérer.

3° Dans quelques cas de *corneitis scrophulosa* nous trouvons la cornée plus convexe qu'à l'état naturel, ou même en quelque degré conique, et l'humeur aqueuse en quantité excessive; ou en d'autres termes, il y a en même temps un certain degré d'hydro-ophthalmie.

4° Cette maladie est souvent accompagnée de dilatation de la pupille, et en bien des cas elle a une tendance évidente vers l'amaurose ; mais d'autres fois il y a iritis, alors la pupille est contractée, elle peut même devenir adhérente à la capsule du crystallin à la suite d'épanchement de lymphe coagulée. En beaucoup de cas de cornéite il est difficile de reconnaître l'état de l'iris et de la pupille à travers la cornée opaque et tachetée, dont l'examen devient plus facile, quand on concentre la lumière sur la surface de la cornée au moyen d'une lentille à double convexité.

5° Cette maladie n'est pas accompagnée en général d'un grand degré de photophobie. A cet égard la *corneitis scrophulosa* forme un contraste frappant avec la *conjunctivitis phlyctenularis*. Ce symptôme est pourtant variable ; car dans quelques cas les malades ne peuvent pas supporter le jour et il y a écoulement de larmes considérable.

6° Il n'y a que peu ou point de douleur, sinon peut-être au commencement du mal. Quelque temps après l'œil tombe dans un état chronique et indolent d'inflammation, sans douleur, surtout après que toute la cornée est devenue opaque.

7° Le pouls est accéléré, le malade est sans repos pendant la nuit, et la peau est ordinairement âpre et sèche.

8°. Les individus atteints de cornéitis scrophulosa se trouvent en général à l'âge de la puberté ; chez les femmes le mal semble souvent être en rapport avec l'aménorrhée. Dans l'un et l'autre sexe je l'ai vu quelquefois coïncider avec un enrouement particulier de la voix; et avec d'autres symptômes de scrophules, comme surtout des engorgemens des glandes lymphatiques au-dessous de la mâchoire et des tubérosités du tibia.

Le *traitement* est à peu près le même que celui de l'ophthalmie scrophuleuse.

La seizième section traite de l'*iritis* en général.

M. Mackenzie explique l'existence de l'iritis, indépendamment de l'inflammation d'autres membranes de l'œil, par le fait anatomique, que l'iris est nourrie par deux artères totalement séparées et isolées de celles qui appartiennent aux autres tissus de l'œil.

Les ophthalmies, avec lesquelles l'iritis pourrait être confondue, sont les *ophthalmiæ rheumatica* et *catarrho-rheumatica*, la *corneitis*, l'*aquo-capsulitis*, l'inflammation de la capsule du crystallin et la rétinitis.

1° L'*ophthalmia rheumatica*, l'*ophthalmia catarrho-rheumatica* et l'*iritis rheumatica* sont trois maladies, qui se perdent l'une dans l'autre. Un certain degré d'iritis accompagne presque toujours les deux premières formes.

2° Bien que la *cornéite* présente aussi bien que l'iritis, comme symptômes, une zône inflammatoire de la sclérotique, la vue troublée et des douleurs supra-orbitaires, pourtant un examen attentif de l'état de la cornée même nous fera facilement distinguer une affection de l'autre. La cornée est généralement beaucoup plus opaque dans la cornéite qu'elle ne le devient jamais dans l'iritis; cette opacité est tachetée et rayée (striée) d'une manière particulière, et en partie couverte par des ramifications vasculaires. Si nous voyons à travers de la cornée des mouvemens vifs de la pupille, proportionnés aux différens degrés du jour auquel nous exposons l'œil, nous pouvons conclure que c'est une pure inflammation de la cornée ; mais nous rencontrons des cas où il y a en même temps iritis et cornéitis, et la cornée étant souvent trop obscurcie pour permettre de distinguer l'iris, nous sommes obligés de juger de la

violence de cette combinaison par l'intensité de la douleur, par la forme et la mobilité de la pupille. La douleur orbitaire et la douleur dans l'œil même sont plus violentes s'il y a à la fois iritis et cornéitis, que dans la simple inflammation de la cornée ; et l'opacité extérieure est rarement telle à nous empêcher totalement de pouvoir juger de l'état de la pupille. Est-elle rétrécie et immobile, il n'y a plus de doute de l'existence d'une iritis.

3° Dans l'*inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse* (membrane de Demours, *aqueous capsule*) il y a aussi une *sclerotitis* radiée, qui entoure cependant rarement toute la cornée, avec une sourde douleur frontale, de sorte qu'à cet égard elle ressemble à l'iritis. Les opacités à la surface intérieure de la cornée sont des signes bien pathognomoniques dans l'*aquo-capsulitis ;* ce sont de taches laiteuses, qui produisent une apparence marquetée particulière, très différente des taches ordinaires de la cornée. Dans quelques cas de cette maladie cependant il se forme un épanchement de lymphe coagulée, laquelle, se mêlant à l'humeur aqueuse peut produire une apparence qui se rapproche un peu plus des symptômes d'une iritis violente.

4° L'*inflammation de la capsule du crystallin* est la maladie qui ressemble le plus à l'iritis. On remarque dans cette maladie, comme dans l'iritis : inflammation zonulaire et partielle de la sclérotique, décoloration de l'iris, obscurcissement, contraction et immobilité de la pupille, et même des adhérences entre l'iris et la capsule; elle semble cependant être spécifiquement différente de l'iritis. La douleur qui l'accompagne est moindre, elle est ordinairement limitée à un point de la capsule, elle est plus lente dans ses progrès que ne l'est presque dans aucun cas l'iritis, et elle est beaucoup moins sous l'influence de remèdes de quelque espèce qu'ils soient. On ne saurait cependant nier que l'inflammation de la capsule est toujours accompagnée de quelque degré d'iritis.

5° La rétinitis ressemble à l'iritis par apparence de l'inflammation extérieure qui l'accompagne et par l'atrésie de la pupille qu'elle ne tarde pas à produire, mais son début est plus subit, son développement beaucoup plus rapide, la céphalalgie qui l'accompagne, encore moins supportable, tandis que l'inflammation détruit beaucoup plus vite, et même avant que la pupille se ferme, la vue et jusqu'à la perception de la lumière.

Nous trouvons superflu de répéter ce que M. Mackenzie, par rapport au traitement de l'iritis, dit de l'utilité des évacuations sanguines, des purgatifs, des antimoniaux, opiacés, mercuriaux, de la térébenthine et des vésicatoires, dans cette affection. Il attache une grande valeur à l'emploi de la belladone.

La *belladone* employée au premier degré de l'iritis, produit bientôt l'expansion de la pupille ; au second et au troisième degrés, elle n'a pas un effet si visible jusqu'à ce que l'inflammation soit considérablement diminuée par les saignées et par l'usage du mercure. Elle doit être employée dans tous les cas et dans toutes les périodes de la maladie. On applique tous les soirs l'extrait de ce médicament aux sourcils et à la paupière supérieure. Comme c'est durant la nuit que la maladie semble faire le plus de progrès, et comme la pupille se ferme naturellement pendant le sommeil, qui favorise ainsi la contraction permanente que l'iritis tend à produire, le soir sera donc sans doute le temps le plus convenable à appliquer la belladone. Sitôt que l'inflammation est considérablement diminuée et que les fibres de l'iris se détachent peu à peu de la lymphe épanchée, la pupille commencera de se dilater ; et même dans des cas négligés, où il y a déjà presque oblitération complète de la pupille, l'usage continu de la belladone pendant quelques mois est quelquefois suivi d'une dilatation graduelle et d'une amélioration correspondante de la vue.

Je n'ai point trouvé de différences diagnostiques bien marquées entre l'*iritis rhumatismale* détaillée dans la dix-septième section et l'iritis idiopathique. Plus importante est *sa complication avec l'amaurose*. C'est une complication qui n'est point du tout très rare. Elle est surtout fréquente après la fièvre typhoïde, maladie très propre à laisser la rétine plus ou moins insensible et la pupille dilatée. Cette complication d'amaurose avec l'iritis après le typhus, présente, selon la description de M. *Wallace*, deux périodes distinctes. Les symptômes amaurotiques seuls occupent la première période ; des symptômes inflammatoires surviennent à la seconde. L'espace de temps que les symptômes amaurotiques continuent avant

que les symptômes d'inflammation paraissent, est aussi incertaine que la période après la fièvre à laquelle commencent les symptômes amaurotiques. Quelquefois les symptômes d'amaurose, surtout un léger trouble de la vue avec des mouches volantes, se sont présentés avec ou même avant la période de convalescence de la fièvre, et pourtant le stade inflammatoire n'y est pas survenu pendant des semaines et même des mois; tandis que d'autres fois le trouble de la vue n'a pas commencé dans le cours des semaines et des mois après l'attaque fébrile et a été alors immédiatement suivi par les symptômes de l'inflammation. M. Mackenzie n'a jamais vu de cas, où des recherches exactes n'aient pas prouvé que des symptômes amaurotiques, plus ou moins marqués, ont précédé les symptômes inflammatoires. Il a de même observé que, constamment les symptômes inflammatoires cessaient plus ou moins long-temps avant que les symptômes amaurotiques disparaissaient, et souvent même avant qu'ils avaient perdu de leur intensité. J'ai exposé ailleurs (vid. l'*Abeille*, 1834, vol. 1, p. 259,) mon opinion que cette affection ne me semble nullement être un état inflammatoire, mais plutôt paralytique de la rétine, compliqué de sécrétion morbide du pigment de l'iris.

M. Mackenzie ne croit pas que les symptômes généraux de l'*iritis syphilitique* suffisent à la distinguer toujours de l'*iritis rheumatica*. Quant au déplacement de l'iris vers son bord supérieur et intérieur, phénomène désigné par Beer comme caractéristique pour l'iritis syphilitica, M. Mackensie prétend l'avoir vu aussi bien dans l'*iritis rheumatica chronica*, et plus fréquemment encore dans la choroïdite sans complication avec l'iritis. Il croit que ce symptôme appartient plutôt à l'inflammation de la choroïde et à quelque pression sur les nerfs ciliaires, qu'à l'inflammation de l'iris.

Le traitement de l'*iritis syphilitica* avec la térébenthine, par *Carmichael*, n'est pas encore connu en France, à ce que je sache. Il a recommandé la térébenthine dans l'iritis syphilitique et dans d'autres inflammations des parties profondes de l'œil. C'est le succès reconnu de la térébenthine dans la péritonite qui a conduit M. Carmichael à en faire usage. Aussi, dans l'iritis, l'inflammation de ces deux membranes séreuses, du péritoine et de l'iris, étant analogue l'une et l'autre dans leurs effets morbides, les résultats furent propres à confirmer cette idée. Les cas cités par M. Carmichael, prouvent à l'évidence que ce médicament réussit presque toujours dans l'*iritis syphilitica*, même après l'épanchement lymphatique dans la pupille et la formation de condylomes à la surface de l'iris. Néanmoins M. Carmichael ne méconnaît pas les vertus d'autres remèdes. Bien qu'il ne doute point des effets antiphlogistiques du mercure, il insiste sur ce que la térébenthine se répand très rapidement dans l'organisme et met en conséquence la maladie presque immédiatement sous son influence; cela et l'absence de fièvre durant son action sur la constitution, doivent rendre son usage bien important et utile. Et combien de cas d'*iritis syphilitica* rencontre-t-on dans des circonstances qui défendent l'administration du mercure!

La dose de l'huile de térébenthine est d'un gros, trois fois par jour. Sa couleur et sa saveur désagréables peuvent être corrigées par la forme d'émulsion. Si elle produit de la strangurie, on emploie une tisane de graines de lin et un julep avec du camphre, ou on suspend son usage pour quelque temps. On peut prévenir la cardialgie qu'elle produit quelquefois par l'addition de 10 ou 15 grains de carbonate de soude par once de térébenthine suspendue dans une émulsion de huit onces.

M. Carmichael assure que l'administration de la térébenthine a très rarement manqué à effectuer une guérison parfaite de l'*iritis syphilitica*. L'amélioration a été généralement très-perceptible dès le lendemain de son application. Le terme moyen du traitement par cette médication est d'à peu près onze jours.

M. Mackenzie parle aussi d'une *iritis pseudo-syphilitica* différente de l'iritis syphilitique, selon M. *Monteath*, mais qui n'a aucun caractère distinctif; elle ne serait à distinguer de l'iritis syphilitique que par la coexistence d'une affection pseudo-syphilitique générale, ou par le succès du traitement non mercuriel; deux caractères très insuffisans!

La distinction d'une *iritis scrophulosa* (même primaire et secondaire) me semble être spécieuse; il n'y a aucun caractère distinctif que celui d'une constitution scrophuleuse géné-

rale, ou d'une conjonctivite ou *corneitis scrophulosa* qui l'accompagne. C'est certainement un cas assez rare que l'iritis chez un enfant.

M. Mackenzie répète dans la vingt-unième section, les tableaux de l'*iritis arthritica* donnés par *Beer*. Il conseille l'usage très circonspect des moyens antiphlogistiques et du mercure dans ces cas. Il dit avoir quelquefois obtenu des résultats très frappans de l'emploi du carbonate précipité de fer dans cette ophthalmie, après que les évacuations et le mercure eurent été employés sans effet. La térébenthine, recommandée par M. Carmichael, exige des expériences ultérieures à faire. Le sulfate de quinine est un autre remède qui mériterait d'être essayé.

L'*inflammation de la choroïde* est traitée dans la vingt-deuxième section. M. Mackenzie est convaincu que la choroïde peut être presque tout indépendamment de l'iris et des autres parties de l'œil, le siége d'inflammation. L'idée de l'existence d'une iritis et d'une choroïditis séparées est déjà rendue probable *à priori* par le fait anatomique, que les artères de ces deux parties sont entièrement distinctes les unes des autres, quant à leur cours et à leur distribution.

Voici les *symptômes* que M. Mackenzie attribue à cette affection : 1° *Décoloration du blanc de l'œil.* Les membranes extérieures de l'œil deviennent exténuées par suite de la pression exercée par la choroïde enflammée et gonflée, de sorte que la sclérotique apparaît bleue ou d'un rouge pourpre. C'est un des symptômes les plus remarquables et le plutôt visibles de la choroïdite. Il devient surtout sensible, quand on compare l'œil malade à l'œil sain.

2° *Tumeur.* Quelque temps après, la partie affectée commence à faire saillie. Cette proéminence occupe ordinairement un seul côté du globe oculaire, en général près de la cornée, comme si le corps ciliaire était le siége de la maladie. Elle est d'un bleu foncé, couverte par des vaisseaux variqueux et a été décrite sous le nom de *staphyloma scleroticæ*. La cornée peut être entourée de plusieurs tumeurs semblables. (M. Mackenzie préférerait le nom *staphyloma choroïdeæ*).

3° *Épanchement entre la choroïde et la rétine.* M. Mackenzie a eu souvent occasion d'évacuer par la ponction un fluide aqueux épanché entre la choroïde et la rétine. Si on le néglige, ce fluide s'accumule au point de comprimer la rétine, de produire l'absorption de l'humeur vitrée et de transformer ainsi la rétine en une espèce de cordon qui, s'étendant de l'insertion du nerf optique jusque derrière le crystallin, ressemble à une cataracte profondément située ou à un fongus médullaire du nerf optique qui commence à se développer.

4° *Rougeur.* Il y a très-peu d'engorgement vasculaire de la sclérotique.

5° *Déplacemens de la pupille.* Sans que l'iris soit enflammée, elle est toujours effacée vers la partie affectée de la choroïde; souvent la pupille se cache presque directement derrière le bord de la cornée. Le déplacement le plus fréquent se trouve en haut ou en haut et en dehors. Ce déplacement est probablement dû à quelque affection d'un ou de plusieurs nerfs ciliaires.—La pupille ne reprend plus sa place, même après la guérison de la choroïdite.

6° *Opacité de la cornée.* Elle n'est pas constante. C'est le plus souvent le bord de la cornée le plus voisin de la partie affectée de la choroïde, qui devient opaque de manière à ressembler à un large *arcus senilis.* Mais dans des cas graves, la cornée peut participer de la dégénérescence staphylomateuse de la sclérotique voisine.

7° *Exophthalmos et exophthalmie*, résultant de l'étendue d'une inflammation dont le foyer se trouve d'abord dans la choroïde.

8° *Intolérance de la lumière et épiphora* accompagnant généralement cette maladie.

9° *Douleur.* Elle varie beaucoup dans les différens individus; mais n'a rien de particulier.

10° La *vue* est différemment affectée dans la choroïdite. Trouble de la vue, vue confuse, hémiopie, vue double; ce sont des symptômes qui souvent tourmentent le malade longtemps avant que l'œil ne devienne visiblement rouge ou bleu. Une choroïdite, même partielle, est souvent suivie d'une cécité totale; tandis que dans d'autres cas, où toute la choroïde est évidemment affectée, un degré considérable de vue est conservé.

Symptômes constitutionnels. Différens degrés d'excitation fébrile, le dérangement des fonctions digestives l'accompagnent.

Traitement. 1° Les saignées, surtout celle de l'artère temporale, font plus de bien dans la première période de la choroïditis, que tous les autres remèdes pris ensemble. Comme souvent on ne trouve ni des signes extérieurs d'inflammation, ni de douleur aiguë, on peut facilement méconnaître et la maladie et son intensité.

2° *Purgatifs.* Ils sont très-utiles.

3° *Mercure.* M. Mackenzie avoue qu'il n'a pas vu des effets remarquables de son usage ni extérieur ni intérieur.

4° La *térébenthine* réclame des expériences nouvelles.

5° La *iodine.* M. Mackenzie l'a essayée dans un cas et il en a obtenu des effets remarquables.

6° *Toniques.*

7° La contre-irritation est décidément utile.

8° La *paracentèse de l'œil*, un remède très important pour évacuer la collection de fluide qui se trouve entre la choroïde et la rétine; mais seulement après que la période aiguë de l'inflammation est passée. On la fait avec une large aiguille à cataracte; on l'enfonce à un huitième d'un pouce dans la direction vers le centre de l'humeur vitrée. Cette opération peut être répétée tous les huit jours ou à des plus longs intervalles selon l'état de l'œil.

La *retinitis* de M. Mackenzie est ce que Beer a décrit sous le nom *d'ophthalmitis interna idiopathica proprie sic-dicta.*

Elle se distingue par son début subit, vue *pyroptique*, douleur vive. L'œil hagard et fixe, rigidité tétanique de l'œil. L'iris injectée, pupille rétrécie, fond de l'œil rougeâtre ou trouble, aversion extrême pour la lumière. Symptômes d'encéphalite et de la fièvre inflammatoire la plus intense.—Cette maladie se termine ou par la mort, à la suite de l'inflammation cérébrale, ou par la perte de la vue, alors dilatation et immobilité de la pupille.

Sous aquo-capsulitis, traitée dans la 24me section. M. Mackenzie entend par cette dénomination l'inflammation de la membrane, qui revêt la surface intérieure de la cornée. Les symptômes de cette inflammation sont: 1° Trouble diffus de la chambre antérieure; souvent on remarque des taches laiteuses à la surface intérieure de la cornée, qui lui donnent une apparence *marquetée,* symptôme le plus caractéristique de cette ophthalmie. Ces taches paraissent et disparaissent souvent dans l'espace de quelques heures; de manière que le malade voit moins, surtout le matin.

2° Sentiment et apparence, comme si le globe de l'œil était extraordinairement plein et proéminent par suite de l'équilibre troublé entre l'exhalation et la résorption de l'humeur aqueuse.

3° Épanchement de lymphe coagulée dans la chambre antérieure; et par là souvent adhérence entre l'iris et la cornée.

4° Rougeur semblable à celle de l'iritis, zône circulaire de la sclérotique.

5° Vue plus ou moins troublée.

Le *traitement* est celui recommandé par *Wardrop*, les antiphlogistiques et la ponction de la cornée, opération qui, selon M. Wardrop, procure souvent la restauration immédiate de la transparence de la chambre antérieure.

Dans la description de l'inflammation du crystallin *et de sa capsule*, M. Mackenzie donne consciencieusement un extrait du mémoire remarquable de M. *Walther*, en assurant avoir eu plus d'une occasion de vérifier l'exactitude de cette description. — Il avoue que cette inflammation lui a toujours paru une des plus récalcitrantes à tout traitement. Même le mercure, remède presque spécifique dans des ophthalmies les plus analogues à celle-ci, n'a presque aucune influence sur les vaisseaux enflammés de la capsule.

Section vingt-septième. *Ophthalmiæ traumaticæ.* « Il est remarquable, dit M. Mackenzie, (p. 478), à l'occasion des *ophthalmies traumatiques*, par lesquelles il conclut son chapitre sur les inflammations, que l'inflammation traumatique dans les différens tissus de l'œil, imite, pour ainsi dire, les ophthalmies que nous venons de considérer. Tantôt nous rencontrons une *conjunctivitis puro-mucosa*, tantôt une *conjunctivitis pustularis* ou *phlyctenularis,* produites par des causes mécaniques ou chimiques. Cette observation jetera une grande lumière sur le traitement des *ophthalmiæ traumatica;* car nous les traiterons toujours *conformément* à leur caractère spécifique. »

De là l'importance de porter l'attention sur les rapports épidémiques et endémiques des ophthalmies ; pas de doute qu'il en résulterait de grandes conséquences pour l'étude des épidémies en général. Du moins, quant aux ophthalmies, j'ai constamment observé que les causes traumatiques produisaient toujours une ophthalmie catarrhale, quand le caractère épidémique était catarrhal, une ophthalmie rhumatismale quand le caractère épidémique était rhumatismal, et une ophthalmie érysipélateuse, quand le caractère épidémique était érysipélateux. Et ne serait-ce pas de même de l'inflammation de tous les autres tissus, de tous les autres organes ? Et quelle conséquence immense ne découle pas de ce *fait* pour le traitement, conséquence que la médecine physiologique a fait oublier, comme beaucoup d'autres, en la remplaçant par sa méthode unique, exclusive!

Sur l'emploi de l'indigo dans le traitement de l'épilepsie, par Ideler. (Extrait de l'allemand par le docteur C. Canstatt.)

M. *Ideler* communique le résumé de ses expériences sur l'utilité de l'indigo dans l'épilepsie, recommandé par *Grossheim*, dont le succès ne parle pas peu en faveur des vertus que possède ce moyen dans cette affection opiniâtre. Sur vingt-six malades, soumis au traitement par l'indigo, six en ont été entièrement guéris ; trois éprouvèrent une rechûte, après huit à douze mois sous l'influence de causes qui, à elles seules, pouvaient suffire à provoquer l'épilepsie. Onze malades présentèrent une amélioration très sensible de leur état ; aucun changement ne se fit remarquer sur les six autres.

L'action immédiate de l'indigo sur l'économie animale n'est pas moins digne de l'attention des hommes de l'art, pour autant que ce moyen ne produise aucun trouble sérieux ou dangereux dans les fonctions. Les malades commencent d'abord à vomir beaucoup, mais sans efforts et sans autres lésions de la digestion ; après quelques jours les vomissemens cessent et sont remplacés par un dévoiement, donnant 6 à 8 évacuations par jour et accompagné quelquefois de légères coliques ; plus tard les évacuations diminuent en nombre, et devenant plus liées, elles continuent pendant tout le temps de l'usage de l'indigo, sans nuire cependant ni à l'appétit, ni à la digestion du malade. La réaction salutaire du système nerveux, provoquée par ce remède, s'annonce souvent en ce que dans le premier temps les accès épileptiques reviennent plus fréquemment et prennent un plus haut degré d'intensité, mais bientôt ils deviennent plus rares et moins forts, jusqu'à ce qu'ils disparaissent enfin entièrement. Les fonctions du système nerveux animal et de la circulation se faisant au reste librement ; il semble que l'action de l'indigo dépende d'un changement graduel de la vie organique dans les nerfs.

Comme l'indigo donné sous forme de poudre est très-désagréable au goût du malade, on l'a administré le plus souvent en électuaire, mêlé avec *pulvis aromaticus*. En commençant par des doses d'un scrupule, on les a portées successivement à un gros et plus, de sorte que les malades en prennent une demie à une once par jour pendant plusieurs mois sans inconvénient.

(*Medicinische zeitung*, 11 février 1835.)

Observations sur l'arsenic, par le docteur Alexandre Murray. (Traduit par M. Gripekoven, pharmacien.)

L'auteur pense avoir démontré par les essais suivans une méthode plus facile et plus sûre pour reconnaître les moindres traces d'arsenic. 1° Une petite quantité d'arsenic ordinaire fut frotté avec un bâton de verre sur du papier à écrire, et sur la tache qui en résultait ; le même verre fut frotté sur une seule goutte d'une dissolution de nitrate d'argent ; ensuite une fiole

contenant de la corne de cerf (probablement l'esprit de corne de cerf) fut trempée dans de l'eau chaude, et le papier fut tenu au dessus de son ouverture, après quoi la tache blanche prit une couleur citrine au bout de quelques secondes. Lorsqu'on laissait la tache d'arsenic encore une demi minute au-dessus de la corne de cerf, la couleur citrine disparaissait complètement, mais revenait lorsqu'on éloignait le papier de la fiole et l'approchait de l'eau. 2° Si l'on frottait sur une tache d'arsenic comme auparavant une goutte d'une dissolution de sulfate de cuivre, le tenant alors au-dessus de la corne de cerf, comme auparavant, on observait de suite un mélange de stries vertes et bleues, et après quelques secondes la tache prenait une couleur supérieurement bleue. Le papier ôté alors de la corne de cerf, nageant sur de l'eau chaude, la couleur bleue se changeait en un bleu prononcé. Ces expériences se font encore de la manière suivante : 3° Qu'on fasse une tache avec de l'arsenic et du sulfate de cuivre, comme il a été indiqué, ajoutez ensuite une seule goutte de corne de cerf, après quoi toute la tache prendra en peu de temps une couleur verte. 4° Qu'on fasse une tache d'arsenic et de nitrate d'argent, qu'on y mette une goutte de corne de cerf, il se fera une belle couleur citrine. 5° Qu'on porte l'arsenic sur le papier comme dans les essais cités, et qu'on frotte la tache avec un peu d'ammoniure de sulfate de cuivre liquide, elle prendra en peu de temps une couleur verte. 6° Une très-petite quantité de nitrate d'argent, contenant de l'ammoniaque est frotté sur une tache d'arsenic et la couleur citrine se montrera immédiatement.

Dans les deux premières expériences la célérité de l'effet est dépendant de la force de l'ammoniaque; la même circonstance règle aussi le troisième et le quatrième essais. L'auteur parle encore d'une apparition spécifique qui se montre lorsqu'on ajoute une goutte de corne de cerf à la dissolution du nitrate d'argent et de l'arsenic, savoir qu'il se fait un anneau de couleur citrine à la circonférence d'un centre incolore. Cependant la tache entière offre en peu de temps un aspect citrin. L'apparence provoquée par une goutte de corne de cerf sur le papier sur lequel l'arsenic et une dissolution de sulfate de cuivre, furent frottés (voyez 3e expérience), mérite d'être citée : le centre perd sa couleur bleue à l'air et le bord vert se montre à proportion avec la production de chaque variété du vert. Enfin on voit ordinairement un anneau de la couleur du vert-de-gris qui entoure la tache, dont la couleur verte ne se distingue pas beaucoup du jaune. De la corne de cerf faible vaut mieux pour la troisième et la quatrième expériences; le contraire pour les première et deuxième. Quand on se sert de l'ammoniure de sulfate de cuivre, la couleur change selon le degré de la force du réactif du vert au bleu jusqu'au jaunâtre. La première couleur est provoquée par un excès de cuivre, et la dernière, lorsque le cuivre a été très-étendu. A un degré intermédiaire il se fait avec l'arsenic une couleur intermédiaire entre le vert d'herbe et de Smaregd. Cette méthode est beaucoup préférable aux autres essais avec l'arsenic se trouvant en dissolution, plus encore quand on doit se fier à l'odeur de la fumée ou à l'alliage avec le cuivre. Par ces réactions il peut être reconnu encore 1/500e, 1/1000e d'un grain, et peut-être une quantité encore plus petite d'arsenic en poudre.

Par les expériences indiquées, nous sommes donc à même de reconnaître la plus minime partie d'arsenic, ce qui est important dans les recherches médico-légales, parce qu'on en trouve souvent en petite quantité dans les alimens ou dans l'estomac. Ces méthodes sont aussi moins molestes et moins sujettes aux méprises que la réduction.

L'effet de l'ammoniac s'explique de la manière suivante : lorsqu'une certaine quantité de cette vapeur est ajoutée à la combinaison de sulfate de cuivre et d'arsenic, il en résulte une affinité double, qui provoque la formation de l'arseniate vert de cuivre. Si l'on fait continuer le courant de vapeur, il en résulte la couleur bleue, ordinairement produite par le cuivre et l'ammoniac, et en vérité on trouve souvent que la couleur verte ne précède pas la couleur bleue lorsqu'on n'applique pas l'ammoniac avec attention.

Par les méthodes indiquées dans la première et la deuxième expériences on peut assez bien découvrir l'arsenic dissous dans l'eau, en instillant une goutte de la dissolution sur du papier blanc; la frottant avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, et ensuite exposant à l'action de l'ammoniac. Après quoi se manifesteront les phénomènes indiqués dans le premier et second essais. L'ammoniac en forme de gaz est sans contredit préférable, sur l'arse-

nic en substance ou dissous. Dans ce cas chaque erreur et toute difficulté est évitée, ce qui arrive souvent pendant le traitement des alcalis fixes et de l'ammoniac liquide. On peut regarder comme règle que, lorsque le nitrate d'argent ne provoque aucun changement à une poudre suspecte ou à une dissolution pareille, tandis qu'après quelque temps il se manifeste une couleur jaune pendant la vapeur de corne de cerf, que cette couleur ne soit pas le résultat d'un phosphate ou d'une substance connue, mais d'arsenic.

Les observations sur la poudre de l'arsenic ne sont pas seulement importantes pour le médecin légiste, mais aussi pour le médecin praticien qui doit combattre un empoisonnement présumable, pour démontrer la cause d'une manière suffisante et facile. Je suppose le cas où il serait possible de se procurer dans un seul cas une poudre blanchâtre ou une autre substance qui aurait été mêlée aux alimens, on peut le frictionner sur le papier avec un canif, toucher la tache deux ou trois fois avec une dissolutiou de pierre infernale, et s'il n'en résulte aucun changement de couleur, mais qu'après l'action de l'ammoniac gazeux ou liquide il se manifeste une couleur citrine, la poudre suspecte est de l'arsenic. Lorsqu'on possède les ingrédiens l'on peut contrôler l'essai par un autre avec le sulfate de cuivre, ou lors de la présence d'arsenic, la corne de cerf détermine une couleur bleue ou vert bleuâtre, qui, exposée à l'air ou à la chaleur passe au vert d'herbes en peu de temps.

(*Edimb. journ.*, n° 119, april 1834.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Projet de loi sur l'enseignement médical, donné aux frais de l'état en Belgique, présenté au Roi et aux Chambres, par Ch. Houdet et P.-J. Wauters, fils, médecins à Gand. — Bruxelles, chez P.-J. Voglet, imprimeur-libraire, rue de l'Empereur, n° 20.—1835.

S'il est une institution où le besoin d'une protection et d'une surveillance éclairée de la part des gouvernemens se fasse sentir, c'est sans contredit celle qui concerne l'enseignement de la médecine. Honorée chez tous les peuples civilisés, c'est avec raison que cette science est considérée comme une des plus utiles à l'homme, puisqu'elle touche à ses premiers intérêts, la conservation de la santé. Une liberté absolue entraînerait ici une foule d'erreurs et d'inconvéniens et ne ferait qu'entraver la marche des études et les progrès de la science.

C'est ce qu'ont parfaitement compris les auteurs du travail dont nous venons de transcrire le titre et que nous allons essayer d'analyser.

Depuis long-temps une loi spéciale sur l'enseignement de la médecine, qui diffère sous tant de rapports des autres branches de l'instruction universitaire, est réclamée et impatiemment attendue; les esprits justes ont senti qu'au milieu du mouvement progressif des lumières qui entraîne toutes les connaissances humaines, une réforme presque entière était nécessaire dans cette partie de l'enseignement. Nous savons gré à MM. Houdet et Wauters d'avoir pris l'initiative : leur projet de loi a d'autant plus de mérite à nos yeux, que choisissant pour le publier le moment où les chambres législatives sont à la veille de discuter la loi sur l'instruction publique, il offre celui de l'à-propos.

Les auteurs de ce projet ont partagé leur travail en quatre parties : Le titre premier a rapport *au personnel;* ils proposent de n'admettre parmi les membres du corps enseignant que deux catégories; les professeurs (au nombre de huit), et les agrégés (au nombre de quatre), qui seraient nommés par la voie du concours, le seul moyen de faire de bons choix. « Avec le concours, disent-ils, la capacité seule a des chances de réussite; la médiocrité intrigante est écartée. La société et la science y gagneront. » Et plus loin ils ajoutent : « Le gouvernement ayant des droits acquis, qu'il faut respecter, les premiers choix lui appar-

tiendront; il sentira du reste toute la responsabilité que cette initiative fait peser sur lui seul. Le concours devient aussi une question d'avenir. La loi ayant déterminé d'une manière précise et invariable les branches d'enseignement qui font l'objet de chaque chaire; dorénavant le médecin qui se destinera à la carrière de l'instruction publique, saura à quelles conditions il peut espérer d'être admis un jour dans le corps enseignant, et pourra diriger d'avance ses études vers le but spécial qu'il se propose d'atteindre. Ainsi se formeront d'avance, en dehors des universités, des hommes d'un mérite transcendant. »

Nous partageons en tout point le sentiment de nos honorables confrères; nous pensons aussi que pour avoir une faculté de médecine qui produise des docteurs instruits, il faut y attacher un nombre suffisant de professeurs pour qu'aucun cours ne soit négligé, et que le meilleur moyen d'avoir des hommes capables de se livrer à l'enseignement est de donner ces places par la voie du concours, le seul mode de nomination qui offre une garantie si désirable au succès des études, en même temps qu'il aurait l'avantage de mettre les talens en évidence et de ne pas écarter l'homme éclairé qui répugne d'avoir recours aux supplications ou à l'intrigue pour se frayer un chemin aux honneurs.

L'art. 7 établit que les cours seront donnés en langue française, plus à portée de toutes les intelligences et plus facile pour le professeur, qui se livrera avec plus d'agrément pour ses auditeurs, à tous les développemens de sa pensée.

Pour éviter l'esprit de système, si fréquent en médecine, nos auteurs proposent de confier l'enseignement de la clinique interne, et celui de la clinique externe à deux professeurs. « Chacun d'eux l'enseignant à son tour, pendant un semestre, on n'aura pas tant à craindre pour l'élève l'inconvénient d'un système exclusif : la comparaison des différens modes de traitement développera en lui l'esprit d'observation, et l'accoutumera à juger par lui-même. »

Titre 2. *Des concours pour les chaires de professeurs et d'agrégés.* Les articles principaux de ce titre sont les deux suivans, relatifs à la composition du jury pour le concours :

« Art. 28. Le jury sera composé de 27 membres, dont 15 au choix du gouvernement et 12 au choix des conseils médicaux du royaume, *formés par voie d'élection* (1).

» Art. 29. Les membres du jury à nommer par les conseils médicaux seront répartis entre les provinces dans la proportion suivante :

Hainaut, 2.

Flandre orientale, 2.

Chacune des 7 autres provinces, 1.

Les provinces de Liége et du Brabant nommeront alternativement un membre de plus.

La première nomination appartiendra à la province de Liége. ».

Les articles suivans ont rapport à des objets de détails et aux épreuves à faire subir devant le jury. Les épreuves, au nombre de trois, portant chacune sur la spécialité ou les spécialités qui font l'objet de la chaire vacante, nous ont paru bien déterminées. La manière avec laquelle MM. Houdet et Wauters ont développé cette partie de leur travail, prouve qu'ils comprennent parfaitement l'importance de leur sujet.

Titre 3. *Des grades académiques.* Le jury d'examen, qui, selon ce projet, siégerait une fois l'an à Bruxelles, serait composé de 24 membres, dont 10 au choix du gouvernement et pris parmi les professeurs et les agrégés des facultés de médecine, et 14 aux choix des conseils médicaux parmi les docteurs en médecine, les docteurs en chirurgie et les docteurs en accouchemens, ayant au moins six années d'exercice dans le royaume. Ce qui est relatif aux examens de docteur nous a paru bien pensé et coordonné. Les auteurs ont pensé qu'il était convenable de partager les examens sur les sciences médicales au nombre de quatre, afin de mettre l'élève dans la possibilité de se préparer spécialement et successivement aux diverses branches qui en font l'objet. Pour ne pas porter atteinte à la liberté de l'enseignement, et tout en déterminant le réglement des cours universitaires, ils n'ont pas cru devoir rendre

(1) MM. Houdet et Wauters sont d'avis qu'il faut remplacer les commissions médicales actuellement existantes par des conseils médicaux. Voyez à ce sujet l'analyse du projet de loi présenté par les médecins de Gand, insérée dans le tome 1er de ce journal, p. 112.

obligatoire la fréquentation de ces cours pour se présenter aux examens, personne n'ayant le droit de s'enquérir des sources où ils ont puisé leurs connaissances. Mais ils reconnaissent la nécessité, qu'avant de subir le premier examen, l'élève soit initié aux sciences préliminaires.

Les auteurs du projet n'ont pas jugé convenable d'ajouter la thèse qu'il était d'usage, sous le gouvernement précédent, de soutenir publiquement pour la promotion.

Nous savons que ces compositions que l'on exigeait des récipiendaires ne justifiaient pas toujours des connaissances de celui qui la défendait, puisqu'il lui était facile de s'épargner la peine de la faire lui-même et d'avoir recours à la plume d'un ami complaisant pour la rédiger; mais cet usage forçait l'élève de s'exercer sur le sujet qu'il avait choisi, il permettait au talent de se produire au grand jour et il y avait quelque chose d'imposant et de solennel à soutenir ses opinions devant une assemblée nombreuse. Nous ne verrions pas d'inconvénient à ce qu'on rendît au moins l'usage de la thèse facultatif.

Le titre 4 est relatif *aux moyens d'encouragement et d'émulation pour les élèves* et porte sur les places d'élèves internes dans les hôpitaux où siégent les universités et les concours entre les élèves de la même faculté à la fin de chaque année académique. Les dispositions qui le régissent nous ont semblé sagement écrites et méritent d'être prises en considération lorsqu'il s'agira de confectionner la loi sur la matière.

MM. Houdet et Wauters ne se sont pas prononcés sur le nombre et sur le siége des facultés de médecine à établir dans le royaume; sans doute ils ont cru qu'il fallait s'en rapporter en cela à la sagesse du gouvernement et des chambres législatives. Cependant il est permis à un simple citoyen d'exprimer son opinion sur des questions qui touchent de si près à l'intérêt général; et, en cette qualité, nous nous permettrons d'exposer la nôtre, ne nous flattant pas pour cela qu'elle doive prévaloir sur toute autre.

Nous nous sommes souvent posé cette question : Ne serait-il pas convenable, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, de concentrer l'enseignement médical dans une seule faculté et de placer cette dernière dans une ville comme Bruxelles, qui renferme tous les élémens nécessaires pour former de bons praticiens? et nous l'avons toujours résolue affirmativement.

On aurait lieu de s'étonner que jusqu'à ce jour on ait négligé de tenir compte de ces précieux avantages pour les progrès de la science et de l'instruction, si on ne savait que le gouvernement déchu, imbu du préjugé que les villes populeuses sont peu convenables à l'établissement d'universités, sous le rapport politique et par les nombreuses dissipations qu'elles offrent à la jeunesse, a constamment rejeté le projet d'établir une faculté de médecine à Bruxelles. C'est cependant là qu'il conviendrait de les réunir toutes en une seule faculté; là les sciences médicales pourraient fleurir et cette mesure ne contribuerait par peu à effacer par la suite notre nullité aux yeux des autres nations civilisées.

En somme, le travail de MM. Houdet et Wauters, écrit avec une modestie rare, renferme des vues utiles et d'un haut intérêt, qu'il serait à désirer de voir être mises en pratique; nous félicitons nos confrères d'avoir eu le courage d'élever la voix en cette circonstance et tous les médecins doivent leur savoir gré du zèle qu'ils ont mis à défendre nos intérêts, qui se rattachent à ceux de la société tout entière. Nous recommandons la lecture de cet opuscule à tous les praticiens jaloux de relever notre profession de l'espèce d'avilissement dans lequel on l'a laissé tomber et de lui rendre son indépendance.

Dr M. . . . .

Errata du numéro précédent. Page 77, ligne 23, au lieu de : Je diagnostiquai *une méningo-céphalite avec irritation continuelle de l'estomac*, lisez : Je diagnostiquai *une méningo-céphalite avec irritation* consensuelle *de l'estomac*.

Page 79, ligne 32, au lieu de : La moitié supérieure *du corps*, il faut lire : La moitié supérieure du moyen.....

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

Sur les effets du seigle ergoté. 39
CH. MARTINS. Des hôpitaux de Londres. 41
Du traitement de la fièvre typhoïde de Paris. (a).
Revue des journaux. (a).

A*. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

FRANC (J.) observations sur les effets de la frayeur chez l'homme. 71
GERMON. Du suc de Mancenillier employé comme anti-carcinomateux. 73
MARMORAT. Les homœopathes et homœopathie. 77
DEVERGIE AÎNÉ. Documens sur le traitement de la syphilis par la médecine homœopathique. ib.
Revue des journaux. (a).

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

DUFRESNE. Sur la philosophie de l'homœopathie et observation sur l'antracine. 37
Lettre de Hahnemann. 43

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

BÉRARD AÎNÉ. Observations de ligatures des artères axillaires, cubitale et tibiale postérieure, avec quelques remarques sur les hémorrhagies traumatiques et leur traitement. 111
LALLEMAND. Observations diverses de clinique chirurgicale. 115
I. Abcès par congestion. ib.
II. Lésion de l'artère axillaire. 116
III. Fistule vésico-vaginale. 118
CHASSAIGNAC. Compte-rendu des travaux de la société anatomique pendant l'année 1834. 119
GERDY. Mémoire sur plusieurs points de la respiration. 128
COLLINY. Observation de tissu encéphaloïde développé à la place du cal dans une fracture du fémur, avec quelques réflexions sur ce sujet. 132
Déchirure du cœur par un fragment de côte. Mort subite. 135
Amputation presque complète des organes génitaux, suivie de guérison. ib.

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DURAND. Clinique de M. le professeur Lisfranc sur les tumeurs blanches. 69
VALAT. Histoire médicale et statistique des ouvriers mineurs de la houillère de Decise. (2e article.) 70
MICHAELIS. De l'opération césarienne. 77
SCHLESINGER. Sur les effets salutaires des bains de pied avec l'acide nitro-muriatique, dans les maladies du foie. 81
WAGNER. Observations de pustule maligne transmise à l'homme par le contact d'animaux malades. ib.
Revue des journaux français. (a).
Analyses d'ouvrages. (a).

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

DAVID RICHARD. La phrénologie de Napoléon. (2e article). 26

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

DENIS. Observations de deux cas remarquables de rétrécissement, l'un de l'œsophage et l'autre de l'urètre. 99
LEGUILLON. Observations de calculs, tubercules et ulcérations du cerveau et du cervelet. 101
LACROIX. Hématurie attribuée à la rupture d'une veine de la prostate. 104
BOUILLAUD. (Discours d'ouverture du cours de M. le professeur). 105
MONDIÈRE. Observations de hernies diaphragmatiques. 109
RACIBORSKI. De la digitale employée par la méthode endermique dans les lésions organiques du cœur. 110
Revue des journaux français. (a).

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Observation de colique nerveuse traitée par la méthode endermique; inoculation de la blennorrhagie chez deux sujets atteints de douleurs abdominales. 33
HÔPITAL DES VÉNÉRIENS. — Considérations pratiques sur la syphilis constitutionnelle et les symptômes par lesquels elle se manifeste; symptômes successifs ou secondaires et consécutifs. — Revue des affections consécutives que l'on observe dans ce moment dans les salles des vénériens. 34
HÔPITAL CLINIQUE DE LA FACULTÉ. § 1er. Considérations pratiques sur l'asthme périodique des vieillards, ses causes et son traitement. 37
§ II. Considérations pratiques sur l'emploi du séton dans les affections chroniques de la poitrine. 38
ALPH. DEVERGIE. Quatrième lettre sur la médecine légale. — Modèle de consultation médico-légale. ib.

I. GAZETTE MÉDICALE.

VELPEAU. Du traitement des maux de gorge et de quelques inflammations des autres membranes muqueuses, par le sulfate d'alumine et de potasse. 199
TREZZI. Compte-rendu de la clinique de l'institut d'obstétrique de Pavie. 204
PETRUNTI. Observation de grossesse extrà-utérine. 207
LUIGI MARCHESANI. L'extrait alcoolique de noix vomique convient-il dans les irritations ou les asthénies de la moelle épinière et du cerveau? 209
PAPINI. Nouvelle méthode pour le traitement des fractures de la clavicule. 211
MAYOR. Mémoire sur le traitement des fractures de la clavicule. ib.
WADDEL. Du mécanisme de quelques maladies du nerf grand sympathique. 215
SMITH. Observations sur la staphyloraphie. ib.
» Remarques sur la nature et le traitement du fongus hématode. 218
GEDDINGS. Note sur la dysentérie et sur l'emploi de la noix vomique dans le traitement de cette maladie. 219
COMB. Observation de catalepsie. ib.
YATES. Recherches historiques sur le choléra asiatique et son apparition dans l'Amérique du nord. 220
DUBREUIL. Bec-de-lièvre double; séparation complète de la voûte palatine; absence des nerfs olfactifs, du trigône cérébral et du corps calleux. ib.
DORFMULLER. Variole communiquée par des boutons de vaccine. 222
BLUFF. Accidens fâcheux à la suite d'un fil de charpie enfermé dans une plaie cicatrisée. ib.
BIERMANN. Boutons en fleurs de pommes aigres, comme spécifique nervin dans certaines affections nerveuses. 223
WAGNER. Premier rapport annuel sur l'établissement d'enseignement pratique de médecine légale à l'université royale de Berlin. ib.
BLUMHART. Observation curieuse d'un noyé chez lequel on a trouvé du sable et des graviers dans les organes respiratoires. 224
DIEZ. Observation d'une tumeur aux lèvres survenue après une frayeur. ib.
ZECHLER. Cas d'une vessie double. 225
CAMERER. Hémorrhagie par les parties génitales chez une petite fille nouvellement née. ib.
CLESS. Dilatation anévrismatique des cavités droites du cœur, avec gangrène de la peau. 226
MOTTART. Observation d'ensevelissement sous des décombres pendant quatre jours et quatre nuits. ib.
ROGNETTA. Premier mémoire sur les exostoses, de leurs diverses espèces et de leur anatomie pathologique. 227
Clinique chirurgicale de la Pitié. — Leçon de M. Lisfranc sur les tumeurs blanches. (a).
SIRUS PIRONDI. Nouvelle sonde pour servir à l'injection du canal nasal par son orifice inférieur, modifiée sur celle de M. Gensoul. 235
PARIS (L.) Observation de rage communiquée, développée malgré l'emploi du galvanisme. 236
PRAVAZ. Note sur l'observation précédente. 238
PUTÉGNAT. Empoisonnement par un lavement belladonisé. ib.
St. MARTIN (MICHEL.) Remède contre la masturbation habituelle. 240

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

VELPEAU. Abcès dans la région sous-hyoïdienne ; opération. 129
BOUDIN. Des quarantaines. Nécessité de modifier nos institutions sanitaires. 130
ROSTAN. Leçons sur les maladies des centres nerveux. 132
VELPEAU. Leçon sur les inflammations du sein. 134
BLANDIN. Diagnostic des maladies du coude, qui peuvent naître sous l'influence d'une violence extérieure. 135
GERDY. Nouvelle méthode de guérir radicalement les hernies du ventre. 137
VELPEAU. Éléphantiasis du scrotum. Opération. 139
CHOMEL. Affection typhoïde ; allaitement d'un enfant pendant les douze premiers jours de la maladie, sans que sa santé ait été altérée. 141
HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Mouvement de la population pendant le mois de mars 1835 *ib.*
BLANDIN. Luxation de l'avant-bras en arrière ; apophyse coronoïde logée dans la cavité olécrânienne ; réduction complète au bout de 65 jours. 142
MARTIN. Exostoses éburnées de la face ; ablation au moyen d'une scie nouvelle. 143
CARRON (DU VILLARDS). Observations d'iritis aiguë et d'iritis chronique syphilitiques, et d'ophthalmie catarrhale. 144
VELPEAU. Brûlures ; traitement par les bandelettes de diachylum. Hydrocéphale guéri par l'huile de croton tiglium. 145
SION ET LECANU. Observation intéressante de décoloration du sang. 150
BLANDIN. Phlébite à la suite de l'amputation partielle du pied ; mort ; réflexions générales. 152
Observation de décoloration du sang. Nouveaux détails. 154
LISFRANC. Des exostoses et des polypes de l'utérus. 155
VELPEAU. Réduction d'une hernie inguinale par le procédé de M. Gerdy. 157
BAUDELOCQUE. Pneumonie double entée sur une bronchite chronique ; emploi des émissions sanguines combinées avec les antimoniaux et les révulsifs cutanés ; guérison. 158
LUTENS. Ophthalmie de l'armée belge. — Considérations générales sur le traitement des granulations (Emprunté au Bulletin médical Belge). (*a*).

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

ESQUIROL. Mémoire historique et statistique sur la maison royale de Charenton. (Suite). 39
ALBIN GRAS. Suicide par strangulation sans gonflement de la face ni altération des parties sous-jacentes à la peau. 57

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Des fluxions et de leur importance dans le traitement des maladies. 73
Note sur une ophthalmie purulente épidémique qui a régné à l'hôpital des enfans pendant les mois de février et de mars. 75
ALQUIÉ. Du testicule scrophuleux et de son traitement par le muriate d'or. 76
NOVERRE. Note sur la préparation et les effets d'un nouveau sirop vermifuge avec la spigelie anthelmintique. 79
FUSTER. Sur quelques cas de fièvres larvée et sur leur traitement. 80
Propriété singulière et action sur l'économie de la décoction d'ortie brûlante (*urtica urens*). 83
De l'or dans le traitement des scrofules. 84
PIGEAUX. Un mot sur le traitement de la dysménorrhée. 85
ROGNETTA. Du traitement chirurgical de l'hydrorachis simple ou du spina-bifida non compliqué d'hydrocéphale. *ib.*
Nouvelle préparation du baume opodeldoch. 88

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

GIRARDIN. Sur les moyens de reconnaître l'existence de l'acide sulfureux dans l'acide hydrochlorique du commerce. 51
BOUTON-CHARLARD ET GUILLEMETTE. Note sur l'identité de la grenadine et de la mannite. 53
GUILLEMETTE. Recherches sur la matière cristalline du mélilot. 54
BILTZ. Asparagine dans l'extrait de belladone. 56
SOBOLEWSKOY. Sur l'extraction du platine en Russie. 57
BOULLAY. Note sur la méthode de déplacement. 59
Lettre de M. Thierry. 60
Nouvelles des sciences. — Chimie organique. *ib.*
Chimie industrielle. — Noir animalisé. 61
— Formule de l'onguent maturatif du Dr. Canquoin. *ib.*
— Couleur des escharres de la peau produite par divers agens chimiques. 62
Récolte de l'opium. *ib.*
SOCIÉTÉ DE PHARMACIE. — Séance du 4 mars 1835. 63
Sur la réorganisation de la pharmacie en France. 64

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

CHEVALLIER ET BOYS DE LOURY. Essais sur les moyens à mettre en usage dans le but de rendre moins fréquent le crime d'empoisonnement. 35
BÉRAL. Formules de plusieurs préparations pharmaceutiques. 38
BRACONNOT. (HENRI). Note sur des grains blancs cristallins trouvés dans les intestins. 39
LASSAIGNE. Analyse de deux concrétions trouvées dans l'articulation du genou d'un vieillard. 40
BÉRAL. Du carragaheen et formules de plusieurs composés dont il est la base pharmaceutique. 41
GUIBOURT. Note sur la décomposition du cyanure de mercure par le fer. 42
BOUIS. Note sur une mine de zinc du Puig Cabrera (Pyrénées orientales). *ib.*

O. BIBLIOGRAPHIE.

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES.

THIRION. De l'ab-irritation, mémoire mentionné honorablement au concours de 1830, sur la question suivante, proposée par la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles : *En quoi consiste l'ab-irritation? Quelles sont les maladies qui peuvent en résulter? Déterminer leurs causes, leurs symptômes, et leur traitement.* (1er article). 101
LEROY. Observations sur l'iode. 110
LUTENS (F.) *Clinique de l'hôpital militaire de Gand.* — Myélite chronique et successive des portions cervicale, dorsale et lombaire; variété des symptômes. — Hydrocèle de la tunique vaginale. Guérison. 111

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

W. MACKENZIE. Sur les affections inflammatoires de l'œil. (Extrait de son ouvrage intitulé : *A practical Treatise on the Diseases of the Eye*). Par le Dr. CANSTATT. (2e et dernier article). 113
IDELER. Sur l'emploi de l'indigo dans le traitement de l'épilepsie. (Extrait de l'Allemand par le Dr. CANSTATT). 120
ALEXANDRE MURRAY. Observations sur l'arsenic. (Traduit par M. GRIPEKOVEN). 120

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Projet de loi sur l'enseignement médical donné aux frais de l'état en Belgique, présenté au Roi et aux Chambres, par CH. HOUDET et P.-J. WAUTERS, fils, médecins à Gand. (Analyse par le Dr. M.). 122